

指定通所介護重要事項説明書

社会福祉法人 聖家族の園
モク・オハナ通所介護事業所

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(静岡県指定 第2271300788号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、ご契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

◆◆目次◆◆

1. 事業所
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. サービス利用に当たっての留意事項
7. 苦情の受付について
8. 緊急時（事故等）の対応について
9. 災害時の対応について
10. 個人情報の使用について
11. 非常災害対策
12. 虐待防止の為の措置に関する事項について

1. 事業所

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 聖家族の園
主たる事業所の所在地	静岡県駿東郡長泉町元長窪 8 8 8 番地の 6 9
代表者（職名・氏名）	理事長 杉山 好文
設 立 年 月 日	平成 4 年 4 月 1 0 日
電 話 番 号	0 5 5 (9 8 9) 0 2 5 0 FAX: 0 5 5 (9 8 9) 0 2 5 2
法 人 理 念	心に愛をもって、お年寄りとお年寄りが好きな人、福祉を担っていこうとする人がひとつの家族となり、お互いに支えあい、生きがい、働きがいのある場所としてここに集う

2. 事業所の概要

事業所の名称	モク・オハナ通所介護事業所		
事業所の所在地	静岡県駿東郡長泉町下長窪 7 8 1 番地の 1		
管 理 者	有藤 麻衣子		
電 話 番 号	0 5 5 (9 2 8) 7 5 5 5		
F A X 番 号	0 5 5 (9 8 9) 0 3 1 5		
指定年月日・事業所番号	平成 1 2 年 3 月 1 日 指定	2 2 7 1 3 0 0 7 8 8	
実施単位・利用定員	1 単位	定員 4 5 人（介護予防を含む）	
目 的	指定通所介護は、介護保険法に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、通所介護サービスを提供します。		
運 営 方 針	日帰りの援助を、利用者の要介護度（症状・状態）に応じた介護を基本とし、一日の生活が快適に且つ心身の機能維持及び改善を図る。		
併 設 事 業 所	モク・オハナ訪問介護事業所、居宅介護支援事業所		
第三者評価の実施の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/>	実施した直近の年月日	なし
実施した評価機関の名称	なし	評価結果の開示状況	なし

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 長泉町、但し、近隣市町は要相談

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日(12月30日から1月3日までは除かせて頂きます。)
営業時間	月～土曜日 8時30分～17時30分
サービス提供時間	月～土曜日 9時30分～16時35分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員の指定配置基準を遵守しています。

※介護職員及び看護職員、生活相談員の常勤勤務時間は、8:30～17:30を基本とします。
利用者45名に対して、介護職員は7名以上、看護職員は1名以上、生活相談員は1名が勤務します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。
提供するサービスについては以下の2つの場合があります。

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合 |
|---|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービス利用料金については、介護保険の給付となりますので、サービス利用料金に応じた介護保険負担割合(利用者負担割合)の額となります。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

基本的な生活援助(要介護度別、利用時間別に料金の設定があります。)

- ・移動、排泄、簡易なリハビリ、食事摂取、利用者の症状・状態に合わせた援助及び各諸準備等
- ・送迎は通常区域内の方は基本料金に含まれます。
- ・1単位=10,14円となります。

【基本部分：通所介護費】（通常型）

所要時間	利用者の 要介護度	通所介護費（1回あたり）				
		単位数※ (注4,5)参 照	基本利用料 ※(注1)参 照	利用者負担金 (自己負担1割の場 合)※(注2) 参照	利用者負担金 (自己負担2割の場合) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担3割の場合) ※(注2)参照
7時間 以上 8時間 未満	要介護1	658	6,672円	668円	1,335円	2,002円
	要介護2	777	7,878円	788円	1,576円	2,364円
	要介護3	900	9,126円	913円	1,826円	2,738円
	要介護4	1,023	10,373円	1,038円	2,075円	3,112円
	要介護5	1,148	11,640円	1,164円	2,328円	3,492円

ご利用時間が2～3時間未満、3～4時間未満の場合は、以下に該当される方のみ利用可能です。

- ・その心身の状況から、長時間の利用が困難な方
- ・病後等で、短時間の利用から始めて長時間利用に結び付けて行く必要がある方
- ・その他ご利用者側のやむを得ない事情により、長時間の利用が困難な方

(注1) 上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が7級地のため、単位数に10.14を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

(注2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(注3) 上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

(注4) 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数が所定単位数に加算されます。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合には、当該加算の期間が終了した月の翌月から更に3月以内に限り、引き続き1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数が所定単位数に加算されることがあります。

(注5) 令和3年4月1日から令和3年9月30日までの間は、基本部分の単位数について所定単位数の千分の千一に相当する単位数が算定されます。

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算等の種類	加算・減算額（1回あたり）		備考
	単位数	基本利用料 ※（注1）参照	
入浴介助加算（Ⅰ）	40	405円	
中重度ケア体制加算	45	456円	
口腔機能向上加算（Ⅱ）（月2回まで）	160	1622円	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	202円	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	51円	
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	567円	
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76	770円	
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	202円	
認知症加算	60	609円	
科学的介護推進体制加算	40	406円	
ADL維持等加算（Ⅰ）	30	305円	
ADL維持等加算（Ⅱ）	60	609円	
送迎減算(片道につき)	▲47	▲477円	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	223円	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	182円	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	(基本利用料+各種加算減算)の9.2%		

（注1）上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が7級地のため、単位数に10.14を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

（注2）介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

- (注3) 上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。
- (注4) 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも 100 分の 5 以上減少している場合には、利用者数が減少した月の翌々月から 3 月以内に限り、1 回につき所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数が所定単位数に加算されます。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合には、当該加算の期間が終了した月の翌月から更に 3 月以内に限り、引き続き 1 回につき所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数が所定単位数に加算されることがあります。
- (注5) 令和 3 年 4 月 1 日から令和 3 年 9 月 30 日までの間は、基本部分の単位数について所定単位数の千分の千一に相当する単位数が算定されます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

①食費について

ご利用日に昼食・おやつを提供いたします。食材料費・調理費として一利用日ごとに食費として負担していただきます。

食費：720円

②レクリエーション、クラブ活動、学習活動等

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動、学習活動等に参加していただくことができます。

利用料金：場合によっては、材料代等の実費をいただきます。

(例) おとなの学校 1,650円

③日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。(紙オムツ・写真現像代等)

(例) リハビリパンツ 150円・オムツ 140円・

尿取りパット 40円・平板 50円・写真 30円

④行事参加料

事業所が計画した行事について、ご利用者の希望によりその行事に参加された場合、その実費を負担いただきます。

⑤延長サービス

ご希望により9時間以上のデイサービスを利用された場合、別途費用を負担いただきます。

朝食代 290円、夕食代 620円(希望時のみ)

延長サービス利用料：1時間あたり1,500円

*その他、利用者ご本人が負担すると認められる事由がある場合、別途ご負担いただく場合があります。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月20日まで以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 指定口座への振込み

金融機関名	支店名	支店番号	指定口座番号	名義
静岡銀行	下土狩支店	248	0378688	ながいずみホーム 園長 杉山 好文 (3店とも同名義)
スルガ銀行	長泉支店	673	913685	
富士伊豆 農業協同組合	長泉支店	051	135641	

*振込手数料はご利用者負担とさせていただきます。

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ウ. 事業所へ直接現金でのお支払い

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスに利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として「**自己負担相当額**」をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、ご利用者の希望する日・曜日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日等を提示し協議致します。

6. サービス利用に当たっての留意事項

○ご利用者の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、ご利用者及びその家族等と協議し、施設・設備の利用方法等を決定します。

○決められた場所以外での喫煙は、ご遠慮ください。

○サービス従事者又は他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を禁止します。

○その他、決められたもの以外の物の持込はご遠慮ください。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付やご相談

当施設における苦情やご相談は、当法人のマニュアルに則り、電話や書面〔お客さまの声受付書〕等にて随時受け付け、対応致します。

○苦情解決責任者 管理者 有藤 麻衣子

○苦情受付担当者 生活相談員 小津源 貴家

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○サービスへの苦情や相談は国民健康保険団体連合会、静岡県又は役場福祉保険課に相談することもできます。また、地域包括支援センター、社会福祉協議会、民生委員など身近な窓口でも相談に応じてもらえます。

長泉町役場 長寿介護課	電話 055 (989) 5511 FAX 055 (989) 5515
三島市役所 長寿介護課	電話 055 (983) 2607 FAX 055 (975) 3456
沼津市役所 介護保険課	電話 055 (934) 4836 FAX 055 (935) 0335
裾野市役所 介護保険課	電話 055 (995) 1821 FAX 055 (992) 4447
静岡県国民健康保険団体連合会	電話 054 (253) 5590 FAX 054 (252) 3445

8. 緊急時（事故等）の対応について

- ・ご利用者様の病状の急変等、緊急を要する事態が生じたときには、速やかにご家族様及び関係諸機関への連絡調整を行います。また、必要に応じて行政への報告をさせていただきます。
- ・緊急事態には、ご家族様の緊急連絡先にも連絡します。ご旅行等で不在の場合などには、複数の緊急連絡先を確保してください。
- ・事故発生時等、ご家族様及びケアマネージャー、保険者などに連絡するものとします。ただし、必要がないと判断した場合にはこの限りではありません。事業者の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害については賠償する責任を負います。
- ・発生した事故について、当法人のマニュアルに則り、ご家族様へ状況の説明、原因の究明、再発防止の検討等の対応を致します。

9. 災害時の対応について

- ・地震、火災、風水害発生時には、事業所の判断によりデイサービスを中止させていただきます。その際のお迎えにつきましても、ご家族のお迎えを基本とさせていただきます。予めご了承ください。

10. 個人情報の使用について

- ・通所介護サービスの提供に必要とされる利用者及び家族の個人情報の収集及び使用は、『個人情報の使用に係わる同意』をもって承諾を得ます。また、知り得た個人情報が漏れることがないように、管理を徹底いたします。

11. 非常災害対策

- ・事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として次のとおり必要な訓練を行っており、また消防法上必要な設備を備えており

ます。

防災訓練 年 2 回

通報訓練 年 4 回

12. 虐待防止の為の措置に関する事項について

- ・虐待の防止の為の対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ・虐待防止の為の指針を整備します。
- ・職員に対して虐待防止の為の研修を定期的に行います。
- ・上記の措置を適切に実施するための担当者を置き、その担当者は管理者とします。
- ・サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

静岡県駿東郡長泉町下長窪 7 8 1 番地の 1
モク・オハナ 通所介護事業所

職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者 住所

氏名

印

代理人 住所

氏名

印