

通所介護・介護予防通所介護
重要事項説明書
(潤生園 みんなの家 ほりのうち通所介護)

社会福祉法人 小田原福社会

1、事業所の概要

- ・事業所名 潤生園 みんなの家 ほりのうち
- ・介護保険事業所番号 1472302981
平成27年2月1日 神奈川県知事指定
- ・提供サービス 通所介護・介護予防通所介護
- ・定員 33名（単位① 23名、単位② 10名）
- ・管理者及び連絡先 府川 幸浩
小田原市堀之内7-1 TEL0465-38-2525
- ・提供地域 小田原市、南足柄市の一部地域（塚原、岩原）

2、事業所の職員体制（平成27年4月1日現在）

管理者 1名（常勤兼務職員）

（単位①）

生活相談員 2名（常勤兼務職員 2名）

介護職員 10名（常勤兼務職員 6名、非常勤兼務職員 4名）

機能訓練指導員 1名（常勤兼務職員 1名）

看護職員 3名（常勤兼務職員 1名、非常勤兼務職員 2名）

歯科衛生士 1名（非常勤兼務職員 1名）

（単位②）

生活相談員 2名（常勤兼務職員 2名）

介護職員 7名（常勤兼務職員 4名、非常勤兼務職員 3名）

機能訓練指導員 1名（常勤兼務職員 1名）

歯科衛生士 1名（非常勤兼務職員 1名）

3、サービス概要

- ①「居宅サービス計画（介護予防サービス・支援計画）」に沿って、利用者の意向や心身の状況を踏まえて、「（介護予防）通所介護計画」を作成し、利用者や家族に説明、同意をいただきながらサービスの提供を行います。
- ② 当該施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談、助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行います。

4、サービス提供時間

- ・営業日 月曜日～土曜日、及び祝日（日曜日を除く）
ただし、1月1日から1月3日までを除く
- ・営業時間 単位①は8：00～17：00 単位②は10：30～19：30
- ・サービス提供時間 単位①は8：30～16：20 単位②は11：00～18：50
※利用者毎の状況により、サービス提供実施時間は異なる場合があります。

5、利用者負担金

利用者負担金は次の3種類に分かれます。（具体的には「ご利用料金」を参照下さい）

- ① 介護報酬に係る利用者負担金（費用全体の1割又は2割。
※「介護保険負担割合証」に記載されていますので、ご確認ください）
- ② 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」
 - ・食費600円等は自己負担
- ③ 利用者の希望により、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用（実費）
なお、③の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名捺印）を受けるとする。
 - ・特別な行事に係る費用
 - ・趣味、嗜好に係る費用

《要介護認定者利用単位数》

	利用時間	サービス提供体制 強化加算Ⅱ（注1）	入浴介助 加算（注2）	介護職員処遇改善 加算Ⅰ（注3）
	7時間以上 9時間未満			
要介護1	656 単位	6 単位	50 単位	該当月の 総単位数 ×4.0%
要介護2	775 単位			
要介護3	898 単位			
要介護4	1,021 単位			
要介護5	1,144 単位			

- （注1）サービス提供体制強化加算Ⅱ 6 単位/日
勤続年数3年以上の介護職員を介護職員総数の3割以上配置しており、より専門性のある介護を行うことができる体制を確保しています。
- （注2）入浴介助加算 50 単位/日
入浴サービスをご利用された場合加算されます。
- （注3）介護職員処遇改善加算Ⅰ 所定単位数の40/1,000（1月につき）
介護職員の処遇改善について、必要な要件に適合する事業所に加算されます。
- 若年性認知症利用者受入加算 60 単位/日
若年性認知症利用者の利用時に加算されます。
 - 口腔機能向上加算 150 単位/回（1月2回）
ご希望の方に、ご利用者の口腔状態に応じた口腔ケアを実施した際に加算されます。
 - 施設による送迎を実施しない場合の減算 47 単位/片道
利用者が自ら通う場合、または家族が送迎を行う場合に減算されます。

《利用者負担金の算出方法》

- ・該当月の総単位数×地域区分別1単位の単価=A（1円未満切捨て）
（小田原市は5級地という区分で、1単位の単価は10.45円となります）
- ・A×保険給付率=B（保険給付額：1円未満切捨て）
- ・A-B=①の介護報酬に係る利用者負担金 となります。

《要支援認定者利用単位数》

	基本サービス	サービス提供体制強化加算Ⅱ（注4）	介護職員処遇改善加算Ⅰ
要支援1	1,647 単位	24 単位	該当月の総単位数 ×4.0%
要支援2	3,377 単位	48 単位	

（注4）サービス提供体制強化加算Ⅱ

要支援1 24 単位/月 要支援2 48 単位/月

勤続年数3年以上の介護職員を介護職員総数の3割以上配置しており、より専門性のある介護を行うことができる体制を確保しています。

■若年性認知症利用者受入加算 240 単位/月

若年性認知症利用者の利用時に加算されます。

■口腔機能向上加算 150 単位/月

ご希望の方に、ご利用者の口腔の状態に応じた口腔ケアを実施した際に加算されます。

《利用者負担金の算出方法》

要介護認定者と同じ算出方法です。詳細は「ご利用料金」をご覧ください。

＜その他＞

※自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

○自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。）

○現金払い（月末締め、翌月払い）

※介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。

6、サービス利用の中止

（1）サービスの利用の中止をする際には、下記の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）：0465-38-2525

（2）利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。なお、キャンセル料を頂く場合がございます。

①利用当日の午前9時までに利用中止のご連絡をいただいた場合

→無料

②利用当日の午前9時までに利用中止のご連絡をいただけなかった場合

→食事代600円を頂きます。

7、事故発生時の対応

事業者は、現に（介護予防）通所介護の提供を行っている時に事故による利用者の怪我等が発生した場合には、事前に取り交わした緊急連絡先に連絡すると共に、主治の医師又は歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。また、保険者に対して介護事故発生報告を行うと共に、介護事故再発防止策を検討し、利用者に説明します。

8、緊急時の対応

事業者は、現に（介護予防）通所介護の提供を行っている時に事故による利用者の怪我及び利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

9、損害賠償責任

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

10、相談窓口、苦情対応

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

- ・相談責任者 管理者 府川 幸浩
- ・対応時間 午前8時00分～午後5時00分
- ・電話番号 0465-38-2525
- ・ファックス 0465-38-2524

《公的受付機関》

- ・小田原市高齢介護課介護給付係（月～金曜日 8:30～17:15）
小田原市荻窪300
Tel0465-33-1827
- ・神奈川県国民健康保険団体連合会（月～金曜日 8:30～17:00）
横浜市西区楠町27-1
Tel0570-022110（苦情専用）／045-329-3447
Fax0570-033110

11、守秘義務及び秘密の保持

事業者及び従業者は、業務上知りえた利用者及び家族の情報を漏らしません。また、退職後においてもこれらの情報を保守すべき旨に従業者との雇用契約の内容としています。但し、円滑にサービスを提供するために介護支援専門員（計画作成担当者）及び主治医・保険者には、サービスを提供するために必要な個人情報を提供します。

12、利用者ご本人の映像・写真について

利用者ご本人の映像や写真を、当事業所の

広報誌 ホームページ 事業所内掲示
に使用することを同意します。

いずれも使用することをお断りします。

13、法人の概要

名 称	社会福祉法人 小田原福祉会
代表者名	理事長 時 田 純
所在地	小田原市穴部377番地

TEL
FAX
事業概要

0465-34-6001

0465-34-9520

- ・特別養護老人ホーム 100名
- ・短期入所生活介護事業所 2事業所
- ・認知症対応型共同生活介護事業所 1事業所
- ・訪問介護事業所 1事業所
- ・夜間対応型訪問介護事業所 1事業所
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 1事業所
- ・通所介護事業所 14事業所
- ・居宅介護支援事業所 2事業所
- ・介護予防支援事業所 1事業所
- ・小規模多機能型居宅介護事業所 2事業所
- ・訪問看護事業所 1事業所
- ・サービス付き高齢者向け住宅事業所 2事業所

(平成27年8月1日現在)

平成 年 月 日

上記のとおり重要事項を説明し、交付いたしました。

潤生園 みんなの家 ほりのうち通所介護

説明者氏名 _____ 印

上記のとおり重要事項の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

利用者氏名 _____ 印

私は、本人に代わり、上記署名を行いました。

代理人氏名 _____ 印

(利用者との関係)
署名代行の理由