

# 重要事項説明書

(潤生園 やすらぎの家 南鴨宮)

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 やすらぎの家 南鴨宮
- ・介護保険事業所番号 1472302288
- ・提供サービス 地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス
- ・定員 10名
- ・管理者及び連絡先 薄井 洋子  
小田原市南鴨宮1-11-19 TEL0465-45-1118
- ・提供可能地域 小田原市

## 2、事業所の職員体制（平成 年 月 日現在）

|         |            |           |    |
|---------|------------|-----------|----|
| 管理者     | 1名（常勤兼務職員） |           |    |
| 生活相談員   | 名（常勤兼務職員   | 名、非常勤兼務職員 | 名） |
| 介護職員    | 名（常勤兼務職員   | 名、非常勤兼務職員 | 名） |
| 機能訓練指導員 | 名（常勤兼務職員   | 名、非常勤兼務職員 | 名） |

## 3、サービス概要

- ① 居宅サービス計画に沿って、利用者の意向や心身の状況を踏まえて、通所介護計画（又は通所型サービス計画）を作成、利用者や家族に説明し、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 午前8時00分～午後5時00分まで
  - ・サービス提供日 営業日に同じ
  - ・サービス提供時間 午前8時30分～午後4時20分まで
- ※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4種類に分かれます。

- ① 介護報酬に係る利用者負担金（介護報酬告示上の額の自己負担割合に応じた額。  
※割合は、「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（厚労省令）で定められた「その他の費用」
  - ・食費600円等は自己負担
- ③ 時間延長サービス 別途契約による（全額自己負担）
- ④ 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、④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。

## 《要介護認定者利用単位数》

|      | 利用時間    | サービス<br>提供体制<br>加算Ⅱ<br>(注1) | 入浴<br>介助<br>加算<br>(注2) | 介護職員<br>処遇改善<br>加算Ⅰ<br>(注3) |
|------|---------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|
|      | 7～8時間   |                             |                        |                             |
| 要介護1 | 735単位   | 6単位                         | 50単位                   | 該当月の<br>総単位数<br>×5.9%       |
| 要介護2 | 868単位   |                             |                        |                             |
| 要介護3 | 1,006単位 |                             |                        |                             |
| 要介護4 | 1,144単位 |                             |                        |                             |
| 要介護5 | 1,281単位 |                             |                        |                             |

(注1) サービス提供体制加算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59/1,000(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。

※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。

※生活機能向上連携加算 200単位/月

医療提供施設の医師・理学療法士らと共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成し、当該計画の進捗状況を3月ごとに1回以上、評価し、必要に応じて計画・訓練内容を見直します。

※栄養スクリーニング加算 5単位/回

利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する方法を介護支援専門員に文書で共有します。

## 《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。

## 《要支援認定者ならびに事業対象者 利用単位数》

|                | 基本サービス   | サービス提供体制<br>加算Ⅱ（注4） | 介護職員処遇<br>改善加算Ⅰ       |
|----------------|--|---------------------|-----------------------|
| 要支援1・<br>事業対象者 | 1回のご利用につき 378 単位<br>【月に5回以上のご利用の場合】<br>ひと月あたり 1,647 単位 | 24 単位/月             | 該当月の<br>総単位数<br>×5.9% |
| 要支援2・<br>事業対象者 | 1回のご利用につき 389 単位<br>【月に9回以上のご利用の場合】<br>ひと月あたり 3,377 単位 | 48 単位/月             |                       |

（注4）サービス提供体制加算Ⅱ

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。

《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。

### <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）：0465-45-1118

（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利用前日の午後5時までに利用中止のご連絡をいただいた場合

→無料

②利用前日の午後5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、運営推進会議の開催

事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、運営推進会議を設置します。運営推進会議の構成員は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヶ月に1回以上開催します。

## 8、事故発生時の対応

事業者は、現にサービス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。

## 9、緊急時の対応

事業者は、現にサービス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。

## 10、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。

### 11、非常災害対策

非常災害に対し利用者の状況に応じた具体的計画をたてておき、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。本事業所主催の訓練の際には地域住民の協力を要請するとともに、地域で開催される防災訓練への積極的な参加に努めます。

### 12、衛生管理対策

事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備等について「感染症対策マニュアル」等を作成し、衛生的な管理に努めます。研修等において「感染症対策マニュアル」等を周知徹底し、感染症の発生又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、従業者については、適宜に健康診断等を実施します。

### 13、職員研修

事業者は、従事者の質的向上を図るため、以下の職員研修機会を提供し、業務体制を整備します。

- 1) 採用時研修 採用後3か月以内
- 2) 継続研修 年3回以上
- 3) 課題研修 必要時

### 14、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。

《潤生園 やすらぎの家 南鴨宮》

相談責任者 管理者・薄井洋子  
対応時間 午前8時00分～午後5時00分  
電話番号 0465-45-1118  
ファックス 0465-45-1119

《小田原福祉会設置の福祉サービス相談委員会》

設置会場 小田原市穴部377 潤生園本部 会議室  
相談会開催日 毎月第3木曜（10時から11時）  
担当 第三者委員・高橋重光（電話：0465-35-1709）  
第三者委員・北村セツ（電話：0465-34-1632）  
第三者委員・高木雅子（電話：0465-36-4622）

《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 8:30～17:15）  
横浜市西区楠町27-1 TEL0570-022110

15、守秘義務及び秘密の保持

事業者及び従業員は、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るべき旨を従業員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、書面（別紙「個人情報使用同意書」）により同意を得た上で、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。

16、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 佳代子  |   |
| 所在地  | 小田原市穴部377番地   |   |
| TEL  | 0465-34-6001  |   |
| FAX  | 0465-34-9520  |   |
| 事業概要 | <ul style="list-style-type: none"><li>・特別養護老人ホーム</li><li>・地域密着型特別養護老人ホーム</li><li>・短期入所生活介護事業所</li><li>・認知症対応型共同生活介護事業所</li><li>・訪問介護事業所</li><li>・夜間対応型訪問介護事業所</li><li>・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所</li><li>・通所介護事業所</li><li>・地域密着型通所介護</li><li>・居宅介護支援事業所</li><li>・介護予防支援事業所</li><li>・小規模多機能型居宅介護事業所</li><li>・訪問看護事業所</li><li>・福祉用具貸与／特定福祉用具販売事業所</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>1事業所</li><li>1事業所</li><li>2事業所</li><li>1事業所</li><li>1事業所</li><li>1事業所</li><li>2事業所</li><li>3事業所</li><li>9事業所</li><li>2事業所</li><li>3事業所</li><li>4事業所</li><li>1事業所</li><li>1事業所</li></ul> |

（平成30年7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 やすらぎの家 南鴨宮

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

家族氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者は、心身の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印