

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・介護予防通所介護相当サービス
- ・定員 33名（単位① 23名、 単位② 10名）
- ・管理者及び連絡先 水口 英一
- 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（ 年 月 1日現在）

管理者 1名（常勤兼務職員）

管理者は、職員の管理及び業務の実施状況の把握、その他の管理を総合的に行う。また、職員に必要な指揮命令を行う。さらに、他の従業者と協力して介護予防通所介護・通所介護計画の作成等を行う。

（単位①）

生活相談員 4名以上（常勤兼務職員 3名以上、非常勤兼務職員 1名以上）

生活相談員は、事業所に対する指定通所介護・国基準通所型サービスの利用者の申し込みに係る調整を管理者と共同して行なう。また、他の通所介護従業者に対する相談助言及び技術指導を行う。

介護職員 17名以上（常勤兼務職員 10名以上、非常勤兼務職員 7名以上）

介護職員は利用者に対する必要な介護サービスを行う。

機能訓練指導員 2名以上（非常勤兼務職員 2名以上）

利用者の機能訓練を行う。

看護職員 2名以上（非常勤兼務職員 2名以上）

利用者の保健衛生並びに看護業務を行う。

歯科衛生士 2名以上（非常勤兼務職員 2名以上）

利用者の口腔機能向上サービス提供を行う。

（単位②）※各職務は単位①同様

生活相談員 4名以上（常勤兼務職員 3名以上、非常勤兼務職員 1名以上）

介護職員 5名以上（常勤兼務職員 4名以上、非常勤兼務職員 1名以上）

機能訓練指導員 2名以上（非常勤兼務職員 2名以上）

看護職員 2名以上（非常勤兼務職員 2名以上）

歯科衛生士 2名以上（非常勤兼務職員 2名以上）

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 単位①は7：30～17：00 単位②は10：30～19：30
- ・サービス提供時 営業日に同じ
- ・サービス提供時間 単位①は7：45～16：20 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4種類に分かれます。（具体的には別紙「料金表」を参照下さい）

- 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）
- ② 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」
 - ・食費700円等は自己負担（朝食300円、昼夕食 各700円）
- 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
受けることとする。
 - ・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Ⅲ（注1）	入浴介助加算 （注2）	処遇改善加算① （注3）	処遇改善加算② （注4）
	7～8時間				
要介護1	655 単位	6 単位	40・55 単位	該当月の 所定単位数 ×5.9%	該当月の 所定単位数 ×1.0%
要介護2	773 単位				
要介護3	896 単位				
要介護4	1,018 単位				
要介護5	1,142 単位				

（注1）サービス提供体制強化加算Ⅲ 6 単位/日

介護職員総数の3割以上が勤続年数7年以上である事業所に適用。

（注2）入浴介助加算ⅠもしくはⅡ 40 単位/日・55 単位/日

Ⅰ：入浴サービスをご利用された場合に算定。

Ⅱ：利用者宅を訪問し、浴室での動作、浴室の環境を評価し、環境整備を助言します。個別の入浴計画作成し、自宅の状況に近い環境で入浴介助を実施します。

（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）

（注4）介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ 所定単位数の10/1,000（1月につき）

注3・注4とも、要件に適合する事業所に適用。

（注5）モーニングサービスのみ利用時間は8～9時間になります。

■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Ⅰ** 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。
- 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ** 20 単位/6 ヶ月ごとに 1 回
利用開始時及び利用中 6 か月ごとに口腔内・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。
- 科学的介護推進体制加算** 40 単位/月
厚生労働省に LIFE データ（利用者の身体状況などの情報）を提出し、同省からのフィードバック内容を個別の計画書に反映します。
- ADL 等維持加算Ⅰ** 30 単位/6 ヶ月ごとに 1 回
6 ヶ月に一度、利用者の ADL（日常生活動作）を評価し、厚生労働省に LIFE データを提出します。
- 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ** 56 単位/日
生活機能向上を目的としてご利用者ごとに個別機能訓練計画書を作成し、その計画に基づき、複数の機能訓練の項目を準備し、専門職が心身の状況に応じた機能訓練を実施した場合に加算されます。※3 ヶ月に一度、ご自宅を訪問し生活状況の確認を行い、進捗状況等の説明と、必要に応じて計画の見直しを行います。
- 個別機能訓練加算（Ⅱ）** 20 単位/月
利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施にあたり当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用。
- 介護職員等ベースアップ等支援加算** 該当月の所定単位数×1.1%/月
処遇改善加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを取得している事業所（現行の処遇改善加算の対象サービス事業所）に適用。賃上げ効果の継続に資するよう、加算額の 2/3 は介護職員等のベースアップ等（※）に使用することを要件とする。
※「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」の引上げ

《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

《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	提供体制加算Ⅱ (注6)	処遇改善加算①(注7)	処遇改善加算②(注8)
要支援 1・ 事業対象者	1 回のご利用につき 384 単 位	24 単位/月	該当月の 総単位数 ×5.9%	該当月の 総単位数 ×1.0%
	【月に 5 回以上のご利用の場合】 ひと月あたり 1,672 単 位			
要支援 2・ 事業対象者	1 回のご利用につき 395 単 位	48 単位/月		
	【月に 9 回以上のご利用の場合】 ひと月あたり 3,428 単 位			

- (注6) サービス提供体制強化加算Ⅲ (注1) に同じ
(注7) 介護職員処遇改善加算Ⅰ (注3) に同じ
(注8) 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ (注4) に同じ

■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Ⅰ 150 単位/月

■口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ 20 単位/6 ヶ月に1回

■科学的介護推進体制加算 40 単位/月

■運動器機能向上加算 225 単位/月

■介護職員等ベースアップ等支援加算 <要介護認定者 利用単位数>同様
《利用者負担金の算出方法》… 要介護認定者と同じ算出方法。

<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→700円（食事代）

7、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、利用者の説明をします。

8、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。

9、損害賠償責任

事業者は、サービス提供にともなって、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、非常災害対策

事業者は、非常災害に対し具体的計画をたてておき、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

1 1、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。

1 2、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

1 3、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 みんなの家ほりのうち 通所介護》

相談責任者 管理者・水口英一
対応時間 午前7時30分～午後5時00分
電話番号 0465-38-2525
ファックス 0465-38-2524

《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
- ・南足柄市高齢介護班（介護保険）（月～金曜日 8:30～17:15）
南足柄市関本440 Tel0465-73-8057
- ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係
（月～金曜日 8:30～17:15）
横浜市西区楠町27-1 Tel045-329-3447

1 4、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る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、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。

15、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

SNS（フェイスブックやインスタグラム等）

YouTube等の動画

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。

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	・特別養護老人ホーム	1事業所
	・地域密着型特別養護老人ホーム	1事業所
	・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	2事業所
	・通所介護事業所	3事業所
	・地域密着型通所介護	9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	4事業所
	・小規模多機能型居宅介護事業所	5事業所
	・訪問看護事業所	1事業所

(2022年4月1日現在)

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

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