

介護予防・生活支援総合事業 第1号通所介護事業 重要事項説明書

当事業所は、ご利用者に対して介護予防・生活支援サービス事業での通所型サービスを提供するに当たり、事業所の概要、提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者

- 1) 法人名 社会福祉法人 金太郎の家
- 2) 所在地 出雲市斐川町学頭1511番地1
- 3) 代表者 理事長 阿食 かをる
- 4) 電話番号 0853-72-5110
- 5) 設立日 平成26年 1月 30日

2. 事業所

- 1) 種類 指定介護予防通所介護事業所
出雲市指定事業所番号 (3290400740)
- 2) 名称 アクティブDAYいぶき
- 3) 目的 当事業所は、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営まれるよう支援することを目的として、介護予防通所介護サービスを提供します。
- 4) 所在地 出雲市斐川町学頭1511番地1
- 5) 電話番号 0853-72-5110
- 6) 開設日 令和 4年 2月 1日
- 7) 利用定員 13名（通所介護の利用者も含む）
- 8) 運営方針
イ) 事業所の介護予防通所介護従事者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った指定介護予防通所介護の提供に努めます。
ロ) 介護予防通所介護の提供に当たっては、関係市町村、包括支援センター、居宅介護支援事業者、その他地域の保健・医療・福祉サービス提供者との密接な連携を図りながら、常に利用者の心身の状況、要望及びその置かれている環境等を踏まえて、必要に応じその特性に対応したサービスの提供をおこないます。
ハ) 指定介護予防通所介護については、常にその質の評価をおこない、その改善を図ります。
- 9) 管理者 稲垣 長郷

3. 実施地域

出雲市

4. 職員の配置

介護予防通所介護を提供する職員として、以下の職員を配置しています。

職 種	職 務 の 内 容	(兼務あり)
管 理 者	施 設 の 管 理 ・ 統 括	1 名
生 活 相 談 員	生 活 指 導 ・ サ ー ビ ス の 計 画	8 名
看 護 職 員	健 康 ・ 衛 生 状 態 の 管 理	4 名
介 護 職 員	日 常 の 介 護	2 3 名
(兼)機能訓練指導員	機 能 訓 練 ・ リ ハ ビ リ	7 名

5. 営業日及び営業時間

- 1) 営 業 日 毎週 月・火・水・木・金・土曜日
(但し、12月31日～1月3日は除く)
- 2) 営業時間 ① 火、木、金、土曜日 午前9時15分～午後4時30分
② 月、水曜日 午前9時15分～午後0時30分
③ 月、水曜日 午後1時25分～午後4時30分

6. 提供するサービスとサービス利用料金

- 1) 介護保険の給付の対象となるサービス
①日常生活上の支援（健康観察、機能訓練、入浴、趣味活動、地域交流、送迎等）
- 2) サービス利用料金

下記の料金表によって、ご利用者の介護度に応じたサービス利用料金をお支払下さい。

【通所型サービス費】

イ.基本（4時間以上）

介 護 度	自己負担額(1割)／月	自己負担額(2割)／月	自己負担額(3割)／月
・ 要支援 1 ・ 事業対象者（週 1 回程度） ・ 要支援 2（週 1 回程度）	1,672 円	3,344 円	5,016 円
・ 要支援 2 ・ 事業対象者（週 2 回程度）	3,428 円	6,856 円	10,284 円

ロ.日割り計算について（4時間以上）

月の途中より新規でサービスを利用される場合、契約日または利用開始日を起算日として、日割り計算を行います。

*契約月に利用がない場合は、算定を行わず、利用開始月から月額報酬として算定を行います。

介 護 度	自己負担額(1割)／日	自己負担額(2割)／日	自己負担額(3割)／日
・ 要支援 1 ・ 事業対象者（週 1 回程度） ・ 要支援 2（週 1 回程度）	55 円	110 円	165 円
・ 要支援 2 ・ 事業対象者（週 2 回程度）	114 円	228 円	342 円

ハ.3 時間以上 4 時間未満

介護度		自己負担額(1割)/回	自己負担額(2割)/回	自己負担額(3割)/回
<ul style="list-style-type: none"> ・要支援 1 ・事業対象者 (週 1 回程度) ・要支援 2 (週 1 回程度) 	月 1 回から 4 回まで	384 円	768 円	1,152 円
<ul style="list-style-type: none"> ・要支援 2 ・事業対象者 (週 2 回程度) 	月 1 回から 8 回まで	395 円	790 円	1,185 円

【加算について】

加算種類	介護度	自己負担額 (1割) / 月	自己負担額 (2割) / 月	自己負担額 (3割) / 月
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援 1 ・事業対象者 (週 1 回程度) ・要支援 2 (週 1 回程度) 	72 円	144 円	216 円
	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援 2 ・事業対象者 (週 2 回程度) 	144 円	288 円	432 円
運動器機能向上加算		225 円	450 円	675 円
科学的介護推進体制 加算		40 円	80 円	120 円
介護職員 処遇改善加算 (Ⅰ)		利用料×5.9%		
介護職員特定処遇改 善加算Ⅰ		利用料×1.2%		

3) 介護保険の給付対象とならないサービス

①食費 (食材料費、調理費相当)	① 日額 650 円 (食事代 600 円、おやつ代 50 円)	
	② 日額 600 円 (食事代のみ)	
	③ 日額 50 円 (おやつのみ)	
②レクリエーション費	内容により実費を負担いただくこともあります。	
③その他 おむつ等	原則として家庭で準備されたものを使用します。	
④時間延長サービス	延長の利用時間	利用料金
	16:30~17:00 まで	無料
	17:00~18:00 まで	500 円
	18:00~19:00 まで	1,000 円
	19:00~20:00 まで	1,500 円

4) 利用料金のお支払い方法

1ヶ月ごとに料金の合計額を計算し、翌月 15 日までにご利用者に請求します。
ご利用者は、その請求金額を 20 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

1. 現金払い
2. 指定口座への振込
3. 自動振替 (山陰合同銀行又は JA しまね)

5) 利用の中止・変更・追加

- (1) 利用予定日の前に、ご利用者の都合により介護予防通所介護サービスの利用を中止する場合は、サービス実施日の前日までに事業者にご連絡下さい。変更もしくは新たなサービスの利用を追加する場合には、担当介護支援専門員にご相談の上、ご連絡ください。
- (2) サービス利用の変更、追加のお申し出に対して、事業所の稼動状況により、ご利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合もあります。

7. サービス担当者会議等での個人情報の取り扱いについて

事業者及び従業者は、介護計画作成のため、又は居宅介護支援事業者等への情報提供のため、サービス担当者会議等において、ご利用者等の個人情報を用いることがあります。ただし、その場合、事前の同意を文書により得た上でを行い、また、用いる個人情報は必要最小限のものとし、関係者以外に漏洩しません。

8. 緊急時における対応について

- (1) 事業所の従業者は、サービスの提供中に事故、ご利用者の症状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかにご利用者の家族へ連絡をとり、必要に応じて主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。
- (2) 管理者は、状況により市町村、ご利用者の関係する介護支援事業者等関係機関に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

9. 虐待の防止のための措置について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための定期的研修の実施

10. 苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、下記の窓口で受け付けします。

苦情担当者は、受け付けた苦情を苦情解決責任者に報告し、苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。苦情申し出人に改善を約束した事項については一定期間後その結果を報告します。

担当窓口	苦情解決責任者	阿食 かをる
	苦情受付担当者	竹内 一子
連絡先：	出雲市斐川町学頭 1511 番地 1	
	TEL 0853-72-5110	
	Fax 0853-72-5192	
受付時間	随時受け付けます。	

また、苦情処理第三者委員会も設置し、苦情の聴取及び解決に努めています。

第三者委員	宍道 年弘	(連絡先：080-1935-4638)
	三代 美知子	(連絡先：090-7779-9293)
	長瀬 恵子	(連絡先：090-7595-7990)

その他 下記でも苦情の受付が行われています。

○島根県運営適正化委員会	松江市東津田町1741-3いきいきプラザ島根2F	(0852-32-5913)
○出雲市役所 高齢者福祉課	介護給付係	(0853-21-6973)
○島根県健康福祉部	高齢者福祉課	(0852-22-5256)

10. 第三者による評価の実施状況

なし

令和 年 月 日

指定介護予防通所介護サービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護予防通所介護事業所 アクティブDAYいぶき

説明者 職名 氏名 ⑩

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、指定介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 氏名 ⑩

(代理人) 住所 氏名 ⑩