

重要事項説明書（かけはし福江通所介護）

社会福祉法人なごみ会 かけはし福江通所介護事業所（以下「当事業所」という）における通所介護サービスの提供開始にあたり、関係法令に基づいて、契約に際して事業所の概要や提供するサービスの内容及び契約上ご注意いただきたいことを以下の通り説明します。

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。

1. 事業概要

| | |
|------------------|---|
| 事業所名 | かけはし福江 通所介護 |
| 実施事業名 | 指定通所介護 |
| 長崎県指定番号 | 4272200595 |
| 所在地 電話・e-mail | 〒853-0017 長崎県五島市武家屋敷三丁目2番6号 電話：080-7298-3193 (緊急連絡番号：0959-75-0181) ※施設共有の番号の為当事業所以外の職員が対応となる場合が多いです e-mail：fukue-day@nagomikai-kakehashi.or.jp |
| 営業時間 | 午前8時15分から 午後5時15分まで サービス提供時間 午前9時から 午後4時10分まで |
| 営業日 | 毎週月曜日から土曜日 (ただし12月31日から1月2日までを除く。) |
| サービス提供地域 | 五島市 |
| 利用定員 | 30人 |

2. 運営方針

- (1) 当事業所は、利用者の心身の特性を踏まえて、その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むことが出来るよう、入浴、排泄、食事の介護等日常生活上必要な介護及び機能訓練を努めます。
- (2) 当事業所は、事業の提供に当たっては懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいような説明に努めます。
- (3) 事業の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。
- (4) 事業の実施に当たっては、関係市町地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的サービスの提供に努めます。

3. 職員体制

| | |
|-------------|-------------|
| 管理者（常勤） | 1名（兼務） |
| 生活相談員（常勤） | 1名以上 |
| 機能訓練指導員（常勤） | 1名以上 |
| 介護職員（常勤） | 4名以上 |
| 看護職員（常勤） | 1名以上 |
| 栄養士（常勤） | 1名 ※他事業所と兼務 |

4. 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、所得の状況に応じて自己負担額の割合が1割、2割、3割のいずれかに区分されます。

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、超えた額の全額を自己負担いただくことになります。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

【通所介護料（通常規模型）】（自己負担割合が1割の場合）

| | 3時間以上 4時間未満 | 4時間以上 5時間未満 | 5時間以上 6時間未満 | 6時間以上 7時間未満 | 7時間以上 8 時間未満 |
|------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 要介護1 | 370円 | 388円 | 570円 | 584円 | 658円 |
| 要介護2 | 423円 | 444円 | 673円 | 689円 | 777円 |
| 要介護3 | 479円 | 502円 | 777円 | 796円 | 900円 |
| 要介護4 | 533円 | 560円 | 880円 | 901円 | 1,023円 |
| 要介護5 | 588円 | 617円 | 984円 | 1,008円 | 1,148円 |

【加算料】（自己負担割合が1割の場合）

| | |
|-----------------------------------|---|
| 個別機能訓練加算Ⅰ（イ） | 56円/1日 |
| 個別機能訓練加算Ⅰ（ロ） | 76円/1日 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ（注） | 22円/1日 |
| 認知症加算 | 60円/1日 |
| 入浴介助加算（Ⅰ）または（Ⅱ） | （Ⅰ）40円/1日または（Ⅱ）55円/1日 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）（注） （令和6年6月1日以降） | 上記【通所介護料】及び上記【加算料】 の合計額に9.2%を加算 （令和6年5月31日までは8.3%を加算） |

（注）サービス提供体制強化加算及び処遇改善加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます

※上記以外に、食事代（おやつ代含む）として1食につき500円を頂きます。
（利用当日の午前9時30分迄であればキャンセル可能です。それ以降は食事代を請求致します。）

5. サービスの概要

- ① 生活指導、相談助言
- ② 健康管理
- ③ 機能訓練
- ④ 食事の提供（食事形態、アレルギーなど配慮して提供します。）
- ⑤ 入浴介助（出来る限り本人の希望に応じた支援を提供します。）
- ⑥ 排泄介助（プライバシーに配慮した介助を行います。）
- ⑦ 送迎

送迎は原則として自宅から施設まで、施設から自宅までとします。
特別な事情がある場合はその都度話し合いにて決定します。

6. 利用料金のお支払い方法

口座引落とし（十八親和銀行またはゆうちょ銀行）にて支払い願います。
料金は月末で計算し、指定口座より翌月 15 日に引き落とされます（15 日が休日の場合は翌営業日、残金不足等により引落としが不可の場合は 25 日に再引落とし）。

口座開設が間に合わない場合などやむを得ない理由があると認められる場合に限り、現金による支払いを認めます。現金の場合は、翌月 15 日までに法人本部へ持参ください。

7. 苦情申し立て窓口

| 担当者 | 氏名 | 備考 | 住所 電話番号 |
|---------|----------------|------------------|--|
| 苦情受付担当者 | 田端 真美 松下 万貴 | 生活相談員 " | 五島市武家屋敷三丁目 2 番 6 号 電話 080-7298-3193 |
| 苦情相談解決者 | 山口 和洋 | 管理者 | 同上 |
| 第三者委員 | 西 浩司 山田 恭子 | 当法人評議員 当法人評議員 | 電話 0959-72-2916 電話 090-1519-7750 |

| 関係機関 | 住所 | 電話番号 |
|-------------------------|----------------|--------------|
| 五島市長寿介護課 | 五島市福江町 1 番 1 号 | 0959-72-6194 |
| 長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課 | 長崎市今博多町 8-2 | 095-826-1599 |

8. 緊急時・事故発生時の対応方法

当サービスの実施中の事故や利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに医療機関等に連絡するなどの措置を講ずるとともに、ご家族へ連絡します。

9. 高齢者虐待防止について

当事業所では、利用者の人権の擁護、虐待の発生、又はその再発防止のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的開催するとともに、その結果について当事業所の職員に周知徹底を図ります。
- ②職員に対し、虐待を防止するための研修を定期的実施します。
- ③虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 施設長 山口 和洋

10. 衛生管理等について

- ①当事業所で使用する食器、その他の設備、備品又は提供する飲用水について衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ②当事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備し、対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。また職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

11. 非常災害対策について

- ①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者） 氏名：山口新吾

- ②非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを職員に周知します。また定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ③訓練の実施にあたっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

12. カスタマーハラスメントについて

当事業所（法人）では、国等の基準等に基づき、ご利用者等と良好な関係を構築・維持することを目的に「カスタマーハラスメント対策指針」を定め、ホームページで公開しております。

カスタマーハラスメントが行われた場合は、必要に応じて、契約解除、またはサービスを中止いたします。

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

未実施。

年 月 日

当事業者は、通所介護サービスの提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事 業 者 五島市武家屋敷 3-2-6
社会福祉法人なごみ会
かけはし福江通所介護事業所
理事長 山 口 和 洋

説明者氏名

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名

利用者家族 住所

続柄

氏名