

重 要 事 項 説 明 書

介護保険法に基づく第1号通所事業（指定相当通所型サービス）所

豊園荘

社会福祉法人 はぴねす福祉会

当事業所はご利用者に対して介護保険層に基づく第1号通所事業サービスを提供します。事業所の概要や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通り説明します。

◇ ◆ 目 次 ◇ ◆

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金
5. 事故発生時の対応について
6. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

「介護保険法に基づく第1号通所事業所豊園荘」重要事項説明書

当事業所は、ご利用者に対して介護保険法に基づく第1号通所事業(指定相当通所型サービス)を提供します。事業所の概要や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通り説明します

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 はびねす福祉会
- (2) 法人所在地 愛媛県新居浜市若水町一丁目9番13号
- (3) 電話番号 0897-31-5000
- (4) 代表者氏名 理事長 長野 芳夫
- (5) 設立年月日 平成2年12月21日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護保険法に基づく第1号通所事業
(指定相当通所型サービス)
平成29年4月1日指定 事業所番号3870500083
- (2) 事業所の目的 介護保険法に基づく第1号通所事業所は、介護保険法令に従い、ご利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に介護保険法に基づく第1号通所事業(指定相当通所型サービス)を提供します。
- (3) 事業所の名称 豊園荘
- (4) 事業所の所在地 愛媛県新居浜市船木甲2216番地の29
- (5) 電話番号 0897-31-8525
- (6) 管理者 氏名 石川 直人
- (7) 当事業所の運営方針 在宅の要支援状態の高齢者に対し、介護保険法に基づく第1号通所事業(指定相当通所型サービス)を提供する事により、ご利用者の身体及び精神的な機能の維持と向上に努めるとともに、家族の介護負担の軽減を図ります。
- (8) 開設年月日 平成3年4月1日
- (9) 通常の事業の実施地域 新居浜市
- (10) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日 ～ 土曜日 (盆 8/16、地方祭 10/18、年末年始 12/31～1/3 休み)
受付時間	8時30分～17時00分
サービス提供時間	9時30分～15時30分

(11) 利用定員

35人

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して介護保険法に基づく第1号通所事業（指定相当通所型サービス）を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算	指定基準
1. 所長（管理者）	1名	1名
2. 介護職員	9名	5名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 看護職員	1名	1名
5. 機能訓練指導員	2名	看護職員兼務可

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
2. 介護職員	勤務時間：8：30～17：00 ☆原則として5名以上の職員を配置します。
3. 生活相談員	勤務時間：8：30～17：00 ☆原則として1名の生活相談員が勤務します。
4. 看護職員	勤務時間：8：30～17：00 原則として1名の看護職員が勤務します。
5. 機能訓練指導員	看護職員が兼務及び専従の作業療法士が業務します。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、食費を除き利用者負担割合によって9割・8割・7割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事（但し、原材料は除く）

- ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況

および嗜好を考慮した食事を提供します。

(食事時間) 12:00～13:00

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・ご利用者の排泄の援助を行います。

④機能訓練

- ・ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

〈サービス利用料金 (一月あたり)〉

下記の料金表(利用者負担1割の場合)によって、ご利用者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と食費を加えた合計金額をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、ご利用者の要支援度に応じて異なります。)

※(所要時間6時間以上7時間未満)

(一月あたり)

1. ご利用者の要支援度とサービス利用料金	要支援1・事業対象者 17,980円	要支援2・事業対象者 36,210円
2. うち、介護保険から給付される金額	16,182円	32,589円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,798円	3,621円

☆ご利用者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご利用者に提供する食事の費用は別途いただきます。(下記(2)①参照)

☆介護保険からの給付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。

(生活機能向上グループ活動加算)

(一月あたり)

ご利用者の生活機能の向上を目的として、共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援の活動を行った場合。

1. サービス利用料金	1,000円
2. うち、介護保険から給付される金額	900円
3. 自己負担額(1-2)	100円

(サービス提供体制強化加算)(Ⅲ)

(一月あたり)

直接提供する職員の内、7年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている場合

1. サービス利用料金	要支援1 240円	要支援2 480円
2. うち、介護保険から給付される金額	216円	432円
3. 自己負担額(1－2)	24円	48円

(介護職員等処遇改善加算)(Ⅱ)

(一月あたり)

- ・賃金改善等の介護職員の処遇改善の取組を実施している場合。
- ・当該加算は、区分支給限度基準額の算定対象から除外される。

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)
1ヶ月あたりの総利用額(自己負担額)×9.0% 円

(2)(1) 以外のサービス(契約書第5条、第8条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①食事の提供

ご利用者に提供する食事に係る費用です。

料金：1回あたり 680円(おやつ込)

②レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただく場合があります。

③日常的に必要なとなる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、事業所が別に指定する方法によりお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日を変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事項について、変更を行う前に、ご利用者の都合により、介護予防通所介護サービス利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出し出して下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	680円

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

5. 事故発生時の対応について

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご契約者の家族、主治医、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

6. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当施設における苦情やご相談に適切に対応するために、苦情解決責任者、苦情受付窓口（担当者）、第三者委員を設置し、苦情やご相談の解決に努めております。

○苦情解決責任者 管理者 石川 直人

○苦情受付窓口（担当者）（特別養護老人ホーム豊園荘 40-1111）

 [職名] 部長 佐藤 すみれ

 副主任 牧野 美鈴

○第三者委員 岡崎 克也 （連絡先 090-8973-8258）

 中山 博道 （連絡先 41-7383）

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

 8:30～17:00

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受付ます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。また、苦情受付ボックスを総合事務所に設置しています。

(2) 円滑迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①利用者からの相談・苦情等の申出があり、その案件が軽微なもので受付担当者において直ちに処理できるものについては、その都度対応処理する。

②受付担当者において対応できないと判断される案件については、詳しい内容について関係者からの聞き取り、及び調査を行い上司に報告して、施設長を長とする関係者検討会を行い、その具体的処理について迅速適切に対応する。

③相談・苦情等の処理簿を備え、案件に対する具体的処理の状況、（会議の状況、利用者への通知等）記録し保存する。

(3) その他参考事項

日頃より苦情の出ることのないようサービスの充実を図るとともに、相談苦情の案件について事業所内各種会議等において、職員の共通の課題として確認する。

(4) 行政機関その他苦情受付機関

新 居 浜 市 役 所 介護福祉課 事業所指導係	所 在 地 新居浜市一宮町1丁目5番1号 電話番号 (0897)65-1241 F A X (0897)37-3844 受付時間 8:30~17:15 (土日、祝日、12/29~1/3 は除く)
愛媛県国民健康保険団体連合会 介護福祉室介護保険担当	所 在 地 松山市高岡町101番地1 電話番号 (089)968-8700 F A X (089)968-8717 受付時間 8:30~17:15 (土日、休日、12/29~1/3 は除く)

7. 第三者評価の実施状況について

- (1) 第三者評価の実施の有無 無
- (2) 実施した直近の年月日
- (3) 実施した評価機関の名称
- (4) 評価結果の開示状況

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造
- (2) 建物の延べ床面積 586.22 m²

職員の配置状況

<配置職員の職種>

介護職員…… ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。(原則5名以上の介護職員を配置しています。)

生活相談員……ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
(1名の生活相談員を配置しています。)

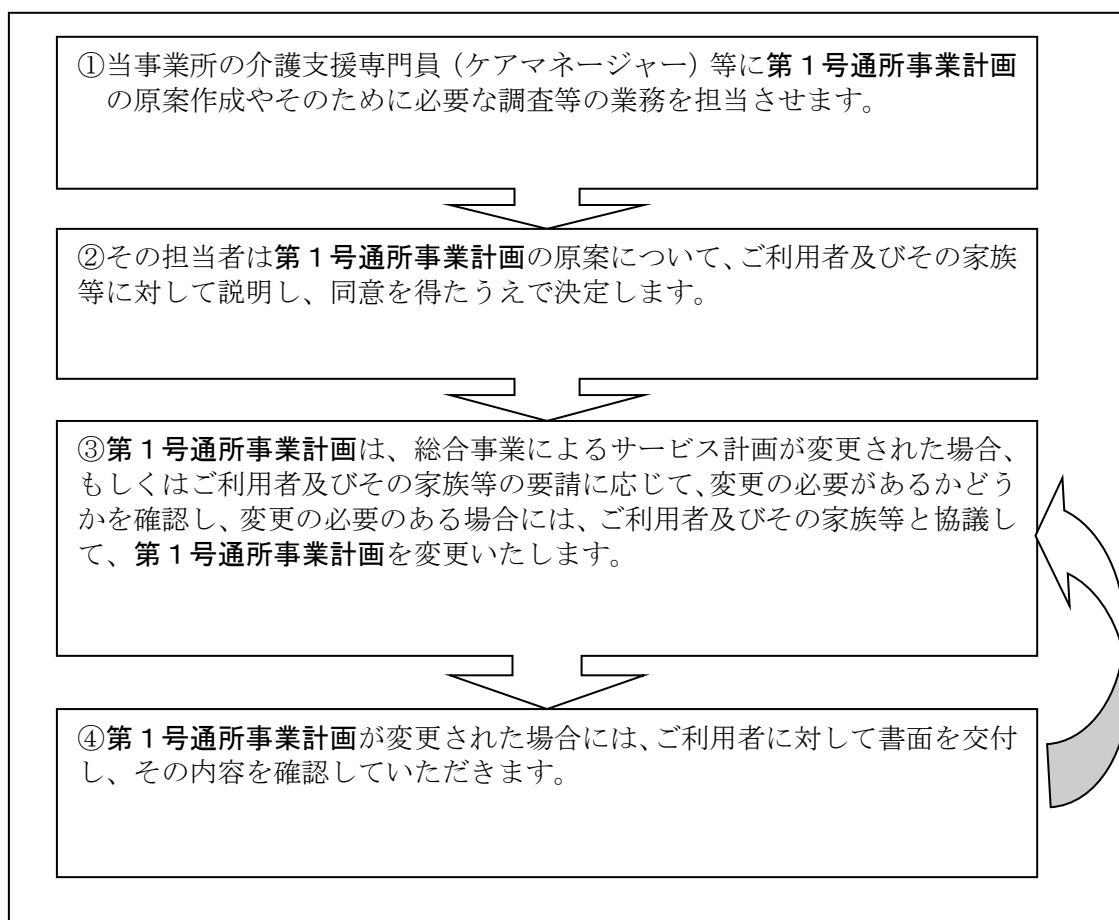
看護職員…… 主にご利用者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。(1名の看護職員を配置しています。)

機能訓練指導員…ご利用者の機能訓練を担当します。

2. 契約締結時からサービス提供までの流れ

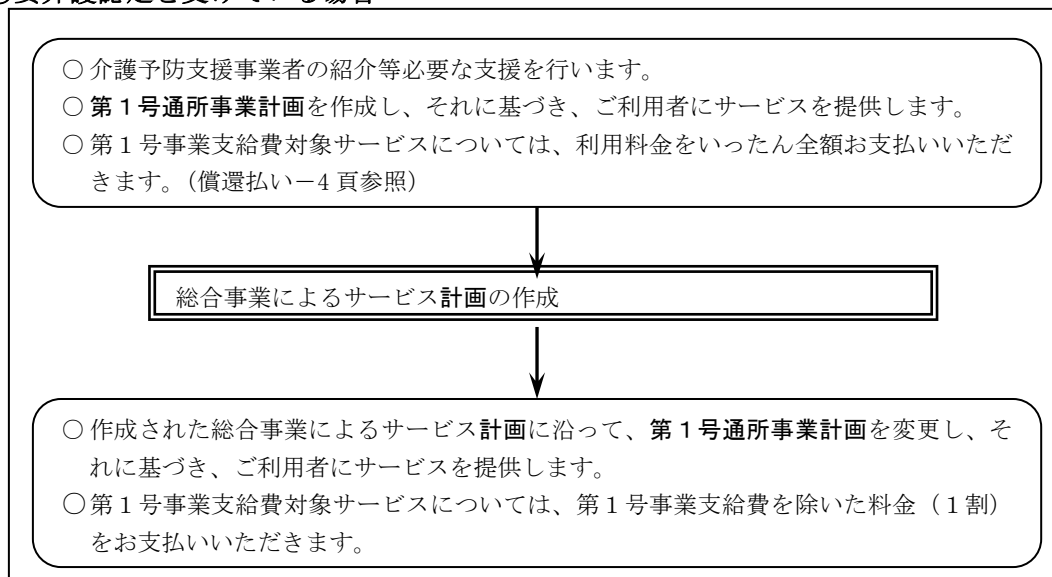
- (1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「第1号通所事業計画」又は総合事業によるサービス計画がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「第1号通所事業計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次

の通り行います。

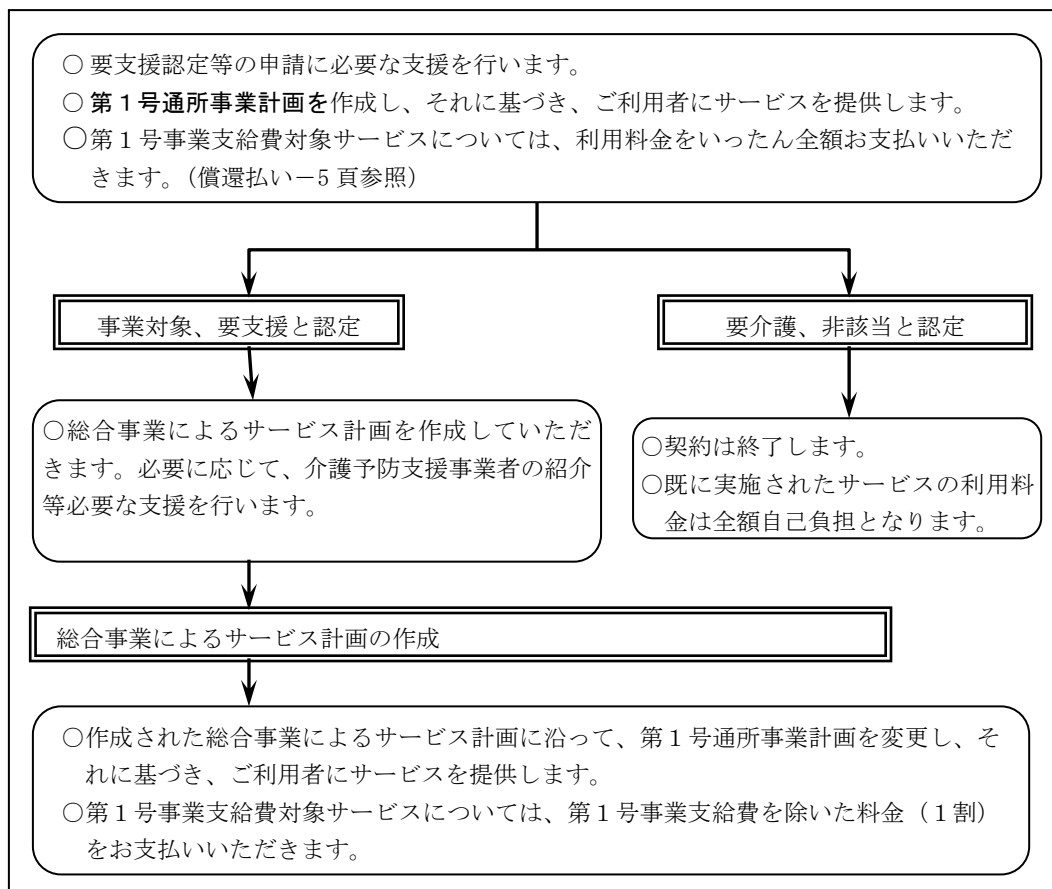


(2) ご利用者に係る「総合事業によるサービス計画」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



3. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、ご利用者の生命、身体、生活環境等の安全・確保やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第 11 条、第 12 条に規定される義務を負います。当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状況からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、その完結の日から 5 年間保管するとともに、ご利用者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。
また、ご利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

4. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意、または不注意により、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

5. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から **6** か月間ですが、契約期間満了の 2 日前までにご利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に **6** か月間同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に次のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要支援認定によりご利用者の心身の状況が非該当または要介護と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が第 1 号通所事業所の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合

（1）ご利用者からの解約・契約解除の申し出

ご契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の **1** 日前までにお知らせください。

ただし、次の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①第 1 号事業支給費対象サービス外の利用料金の変更に同意できない場合
- ②事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ご利用者が入院された場合
- ④ご利用者の「総合事業によるサービス計画」が変更された場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める第 1 号通所事業（指定相当通所型サービス）を実施しない場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑦事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑧他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

次の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者による、サービス利用料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご利用者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

令和 年 月 日

介護保険法に基づく第1号通所事業（指定相当通所型サービス）の提供の開始に際し、
本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護保険法に基づく第1号通所事業所 豊園荘

説明者職名

氏名

印

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、介護保険法に基づく第1
号通所事業（指定相当通所型サービス）の提供開始に同意しました。

なお、正当な理由がある場合は、利用者又はその家族等の個人情報を用いることに同意
します。

（ご利用者）

住 所

氏 名

印

（ご家族）

住 所

続 柄

家族代表者

印