

指定通所介護事業所アソカ園重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(愛媛県指定 第 3870500539 号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護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。

※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。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者.....	2
2. 事業所の概要.....	2
3. 事業実施地域及び営業時間.....	2
4. 職員の配置状況.....	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
6. 身元引受人.....	12
7. 連帯保証人.....	13
8. 事故発生時の対応について.....	13
9. 苦情の受付について.....	13
10. 非常災害対策について.....	14
11. サービス情報公開について.....	14
12. 第三者評価の実施状況について.....	14
13. 個人情報の取り扱いについて（プライバシー保護に関する事項）.....	15
14. 緊急時における対応方法.....	15

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 すいよう会
(2) 法人所在地 愛媛県新居浜市清住町1番36号
(3) 電話番号 0897-46-0936
(4) 代表者氏名 理事長 矢野 健 吾
(5) 設立年月 平成2年10月15日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成12年4月1日指定
愛媛県3870500539号
※当事業所は小規模特別養護老人ホームなの花に併設されています。
- (2) 事業所の目的 介護保険法令の趣旨に従い、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
ことを目的とします。
- (3) 事業所の名称 指定通所介護事業所アソカ園
- (4) 事業所の所在地 愛媛県新居浜市郷3丁目16-58
- (5) 電話番号 0897-46-5514
- (6) 事業所長（管理者）氏名 矢野 健 吾
- (7) 当事業所の運営方針 明るく家庭的な雰囲気の中で、ご契約者の意思及び人格を
尊重し、常にご契約者の立場にたってサービスを提供する
よう努めます。
- (8) 開設年月 平成12年4月1日
- (9) 利用定員 50人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 新居浜市（大島、別子山地区を除く）
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土（日曜日、8月16日、12月31日～1月3日、 10月18日※但し年度によって変動がある場合がある）
受付時間	月～土 8時30分～17時30分（祝祭日を除く）
サービス提供時間	月～土 8時30分～16時35分 ※所要時間7時間以上8時間未満だけでなく、5時間以上6時 間未満～8時間以上9時間未満にも対応しています。 ※やむを得ない場合は18時00分の間まで延長可能です。 ※上記営業時間外の延長利用の場合、別途費用がかかります。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護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（ ）内は兼務	配置人数
1. 事業所長（管理者）	1名
2. 介護職員	9名
3. 生活相談員（介護職員）	3名
4. 看護職員（機能訓練指導員）	4名
5. 機能訓練指導員	5名

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 介護職員	標準的な時間帯における配置人数 9：30～16：30 5名
2. 生活相談員	標準的な時間帯における配置人数 9：30～16：30 1名
3. 看護職員	標準的な時間帯における配置人数 9：30～16：30 2名
4. 機能訓練指導員	標準的な時間帯における配置人数 9：30～16：30 1名

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約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契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）＊

以下のサービスについては利用料金の大部分（負担割合に応じた額）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①送迎

片道のみでもご利用することができます。送迎は、天候、道路事情等に多少前後することがあります。

②食事（但し、食材料費は別途いただきます。）

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

および嗜好を考慮した食事を提供します。

- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間) 12:15～13:15

③入浴

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

④排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

⑤機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約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又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（1回あたり）＞（契約書第6条参照）

以下の料金表によって、ご契約者の要介護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）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度・負担割合に応じて異なります。）

- ・ 1割負担

★所要時間7時間以上8時間未満

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1.ご利用者の介護度とサービス利用料金	6,290 円	7,440 円	8,610 円	9,800 円	10,970 円
2.うち、介護保険から給付される金額	5,661 円	6,696 円	7,749 円	8,820 円	9,873 円
3.サービス利用に関わる自己負担金額	629 円	744 円	861 円	980 円	1,097 円

★所要時間 6 時間以上 7 時間未満

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1.ご利用者の介護度とサービス利用料金	5,640 円	6,670 円	7,700 円	8,710 円	9,740 円
2.うち、介護保険から給付される金額	5,076 円	6,003 円	6,930 円	7,839 円	8,766 円
3.サービス利用に関わる自己負担金額	564 円	667 円	770 円	871 円	974 円

★所要時間 5 時間以上 6 時間未満

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1.ご利用者の介護度とサービス利用料金	5,440 円	6,430 円	7,430 円	8,400 円	9,400 円
2.うち、介護保険から給付される金額	4,796 円	5,787 円	6,687 円	7,560 円	8,460 円
3.サービス利用に関わる自己負担金額	544 円	643 円	439 円	840 円	940 円

個別サービス

介護度	個別機能訓練 (Ⅰ) イ	個別機能訓練 (Ⅰ) ロ	科学的介護推進 体制加算	個別機能訓練 加算 (Ⅱ)
1.サービス利用料金	560 円	760 円	400 円 (月)	200 円 (月)
2.うち、介護保険から給付される金額	504 円	684 円	360 円 (月)	180 円 (月)
3.サービス利用に関わる自己負担金額	56 円	76 円	40 円 (月)	20 円 (月)

介護度	入浴介助	認知症加算	サービス提供体制強化加算Ⅰ	
1.サービス利用料金	400 円	600 円	220 円	
2.うち、介護保険から 給付される金額	360 円	540 円	198 円	
3.サービス利用に関わ る自己負担金額	40 円	60 円	22 円	

☆個別機能訓練加算Ⅰロの人員配置が満たさないときは、個別機能訓練加算Ⅰイの料金を算定することがあります

☆送迎を行わない場合、片道につき47円の割引があります。

☆提供時間延長、或いは短縮の場合は、利用時間に応じて国が定める介護報酬の額に変更する場合があります。

・2割負担

★所要時間7時間以上8時間未満

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1.ご利用者の介護 度とサービス利 用料金	6,290 円	7,440 円	8,610 円	9,800 円	10,970 円
2.うち、介護保険 から給付される 金額	5,032 円	5,952 円	6,888 円	7,840 円	8,776 円
3.サービス利用に 関わる自己負 担金額	1,258 円	1,488 円	1,722 円	1,960 円	2,194 円

★所要時間 6 時間以上 7 時間未満

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1.ご利用者の介護度とサービス利用料金	5,640 円	6,670 円	7,700 円	8,710 円	9,740 円
2.うち、介護保険から給付される金額	4,512 円	5,336 円	6,160 円	6,968 円	7,792 円
3.サービス利用に関わる自己負担金額	1,128 円	1,334 円	1,540 円	1,742 円	1,948 円

★所要時間 5 時間以上 6 時間未満

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1.ご利用者の介護度とサービス利用料金	5,440 円	6,430 円	7,430 円	8,400 円	9,400 円
2.うち、介護保険から給付される金額	4,352 円	5,144 円	5,944 円	6,672 円	7,520 円
3.サービス利用に関わる自己負担金額	1,088 円	1,286 円	1,486 円	1,680 円	1,880 円

個別サービス

介護度	個別機能訓練 (Ⅰ) イ	個別機能訓練 (Ⅰ) ロ	科学的介護推進 体制加算	個別機能訓練 加算 (Ⅱ)
1.サービス利用料金	560 円	760 円	400 円 (月)	200 円 (月)
2.うち、介護保険から 給付される金額	448 円	608 円	320 円 (月)	160 円 (月)
3.サービス利用に関わ る自己負担金額	112 円	152 円	80 円 (月)	40 円 (月)
介護度	入浴介助	認知症加算	サービス提供体 制強化加算Ⅰ	
1.サービス利用料金	400 円	600 円	220 円	
2.うち、介護保険から 給付される金額	320 円	480 円	176 円	
3.サービス利用に関わ る自己負担金額	80 円	120 円	44 円	

☆個別機能訓練加算Ⅰロの人員配置が満たさないときは、個別機能訓練加算Ⅰイの料金を算定することがあります

☆送迎を行わない場合、片道につき 94 円の割引があります。

☆提供時間延長、或いは短縮の場合は、利用時間に応じて国が定める介護報酬の額に変更する場合があります。

- ・ 3 割負担

★所要時間 7 時間以上 8 時間未満

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1. ご利用者の介護度とサービス利用料金	6,290 円	7,440 円	8,610 円	9,800 円	10,970 円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,403 円	5,208 円	6,027 円	6,860 円	7,679 円
3. サービス利用に関わる自己負担金額	1,887 円	2,232 円	2,583 円	2,940 円	3,291 円

★所要時間 6 時間以上 7 時間未満

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1. ご利用者の介護度とサービス利用料金	5,640 円	6,670 円	7,700 円	8,710 円	9,740 円
2. うち、介護保険から給付される金額	3,948 円	4,669 円	5,390 円	6,097 円	6,818 円
3. サービス利用に関わる自己負担金額	1,692 円	2,001 円	2,310 円	2,613 円	2,922 円

★所要時間 5 時間以上 6 時間未満

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1.ご利用者の介護度とサービス利用料金	5,440 円	6,430 円	7,430 円	8,400 円	9,400 円
2.うち、介護保険から給付される金額	3,808 円	4,501 円	5,201 円	5,880 円	6,580 円
3.サービス利用に関わる自己負担金額	1,632 円	1,929 円	2,229 円	2,520 円	2,820 円

個別サービス

介護度	個別機能訓練（Ⅰ）イ	個別機能訓練（Ⅰ）ロ	科学的介護推進体制加算	個別機能訓練加算（Ⅱ）
1.サービス利用料金	560 円	760 円	400 円（月）	200 円（月）
2.うち、介護保険から給付される金額	504 円	532 円	280 円（月）	140 円（月）
3.サービス利用に関わる自己負担金額	168 円	228 円	120 円（月）	60 円（月）
介護度	入浴介助	認知症加算	サービス提供体制強化加算Ⅰ	
1.サービス利用料金	400 円	600 円	220 円	
2.うち、介護保険から給付される金額	280 円	420 円	154 円	
3.サービス利用に関わる自己負担金額	120 円	180 円	66 円	

☆個別機能訓練加算Ⅰロの人員配置が満たさないときは、個別機能訓練加算Ⅰイの料金を算定することがあります

☆送迎を行わない場合、片道につき 141 円の割引があります。

☆提供時間延長、或いは短縮の場合は、利用時間に応じて国が定める介護報酬の額に変更する場合があります。

☆個別サービスは個々の身体状態に応じて選択されたサービスにより、料金に変更になることがあります。

☆個別機能訓練加算（Ⅰ）イ（Ⅰ）ロについて

職員がご契約者の居宅に訪問し、ご契約者の身体状況・生活状況に応じた機能訓練計画書を作成させていただきます。また、3か月に1回以上作成した機能訓練計画書に対し、ご契約者の居宅にて経過報告をさせていただきます。

☆介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

サービス利用料金（自己負担分）及び各種加算合計額の9.2%に相当する介護職員等処遇改善加算が加算されます。

☆ご契約者がまだ要介護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。要介護の認定を受けた後、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、ご契約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。

☆ご契約者に提供する食事提供に係る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額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）＊

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者及び身元引受人の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供するための食事（食材費、水道光熱費、人件費等）にかかる費用です。

利用料金：1回あたり750円

②レクリエーション、クラブ活動にかかる費用

ご契約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

③複写物の交付にかかる費用

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。

利用料金：記録の複写物の交付にかかる実費

④その他日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約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負担いただきます。

おむつ代：実費

⑤通常の事業実施地域以外への送迎費用

通常の事業実施地域以外の地域にお住まいの方で当事業所の送迎サービスを利用される

場合は、お住まいと事業所間の送迎費用として下記料金を規定の料金に加えさせていただきます。

通常の事業実施地域を超えた地点から10キロメートル毎に 100円
☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に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由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア. 窓口での現金支払
イ. 下記指定口座への振り込み
愛媛銀行 新居浜東支店 普通預金 1901603
ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関：愛媛銀行、伊予銀行、東予信用金庫、愛媛信用金庫
三津浜信用金庫、宇和島信用金庫、川之江信用金庫
伊予信用金庫、愛媛県労働金庫、J A えひめ未来
ゆうちょ銀行

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの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申し出て下さい。
- 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契約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契約者に提示して協議します。

6. 身元引受人

ご利用者は、契約時にご利用者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、債務の保証人として身元引受人を定めていただきます。

7. 連帯保証人

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額60万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。
連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び施設は、連帯保証人に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、全ての情報を提供します。

8. 事故発生時の対応について

(1) 事故発生時の対応

通所介護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、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 損害賠償について（契約書第 12 条、第 13 条参照）

事業者の責任によりご契約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

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

9. 苦情の受付について（契約書第 22 条参照）

本事業所では社会福祉法第 8 2 条の規定により、苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を以下のとおり設置し、苦情解決に努めます。

(1) 苦情解決責任者 施設長 矢 野 健 吾

(2) 苦情受付担当者 在宅係長 片 山 素 志

(3) 受付時間 毎週 月曜日～金曜日 9：00～17：30

(4) 第三者委員 ① 池 内 貞 二 宇高町 5 丁目 8 番 2 号 TEL34-0948

② 斉 藤 ミ ヤ 菊本町 1 丁目 2 番 1 号 TEL33-3134

(5) 苦情解決の方法

① 苦情の受付

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け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることできます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申し出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申し出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

その際苦情申し出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

ア、第三者委員による苦情内容の確認

イ、第三者委員による解決案の調整、助言

ウ、話し合いの結果や改善事項等の確認

(6) 苦情の申立先

本事業所で解決できない苦情は、愛媛県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員

会に申し立てることができます。その他、新居浜市介護福祉課、国民健康保険団体連合会にも申し立てる事ができます。

新居浜市役所 介護福祉課	所在地 新居浜市一宮町1丁目5番1号 電話番号 (0897) 65-1241 受付時間 8:30～17:15 営業日 土曜・日曜・祝日・年末年始 (12/29～1/3)を除く
国民健康保険団体連合会	所在地 松山市高岡町101-1 電話番号 (089) 968-8700 受付時間 8:30～17:15 営業日 土曜・日曜・祝日・年末年始 (12/29～1/3)を除く
愛媛県社会福祉協議会	所在地 松山市持田町3丁目8番15号 電話番号 (089) 921-5070 受付時間 9:00～16:30 営業日 土曜・日曜・祝日・年末年始 (12/29～1/3)を除く

10. 非常災害対策について

- (1) 非常災害に備え、避難・救出を含め、その他必要な訓練を年2回以上実施します。
- (2) 消防法に準拠して防災計画を定めています。

11. サービス情報公開について（契約書第9条）

指定通所介護事業所アソカ園のサービス内容に関する情報は社会福祉法人すいよう会ホームページにおいて、介護サービス等の情報を公開しています。

URL <http://www.asokaen.jp>

12. 第三者評価の実施状況について

実施の有無	なし
直近の実施年月日	
評価機関	
評価結果の開示状況	

13. 個人情報の取り扱いについて（プライバシー保護に関する事項）

当事業所は適正に個人情報を取り扱い致します。

「個人情報に関する同意書」に記載されている事項以外で家族・本人の同意無しに個人情報を利用することはいたしません。

14. 緊急時における対応方法

(緊急時における対応)

第28条 事業所の職員等は、サービスの提供を行っているときに利用者に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への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとします。

(非常災害対策)

(1) 事業所は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、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うものとします。

(2) 非常災害の発生時において、に利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定します。

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定通所介護事業所 アソカ園

説明者職名

氏 名 印

(利用者) 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

利用者氏名 印

(契約者) 成年後見人の場合

私は、利用者本人のサービス提供開始の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住所

氏名 印

利用者との続柄 ()

(代理人)

私は、利用者本人のサービス提供開始の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住所

氏名 印

利用者との続柄 ()

(身元引受人及び連帯保証人)

私は、以上の説明を受け、身元引受人及び連帯保証人としての責任について理解しました。

身元引受人及び連帯保証人 住所

氏名 印

利用者との続柄 ()