

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（通所介護相当サービス）

重要事項説明書

（令和6年6月改定）

通所介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 北星会
主たる事務所の所在地	京都府宮津市字宮村1277番地
代表者（職名・氏名）	理事長 今出 陽一朗
設 立 年 月 日	昭和51年10月 8日
電 話 番 号	0772-22-8233

2. 事業所の概要

事業所の名称	天橋の郷（介護予防）通所介護事業所		
サービスの種類	第1号通所事業（通所介護相当サービス）		
事業所の所在地	京都府宮津市字獅子190の4番地		
電話番号	0772-22-0068		
FAX番号	0772-22-8585		
指定年月日・事業所番号	平成17年5月1日	第2672100092号	
管理者の氏名	笠井 裕代		
実施単位・利用定員	1単位	定員35人	
通常の事業の実施地域	京都府宮津市南部地域(須津地区以南～由良地区まで)		
併設事業所	天橋の郷指定老人福祉施設		
第三者評価の実施の有無	有 ・ 無	実施した直近の年月日	令和4年8月3日
実施した評価機関の名称	一期一会	評価結果の開示状況	有 ・ 無

3. 運営の方針

- ・事業所の介護職員等は、利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自

立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを基本とします。

- ・事業の実施に当たっては、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て親切で明るく、家庭的な通所サービスの提供に努めるとともに、関係市町、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、その他地域の保健・医療・福祉サービス関係機関と連携します。
- ・事業の対象者は、要介護認定の結果、「要支援」又は基本チェックリストにより事業対象者の認定を受けた方になります。

4. 提供するサービスの内容

- ・要支援状態又は事業対象者である利用者に対し、第1号通所事業（通所介護相当サービス）は、事業者が設置する事業所に通っていただき、健康状態の確認や入浴、排泄、食事等の介護、日常生活等に関する相談・助言や利用者に必要な機能訓練・レクリエーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスを提供します。
- ・通所介護計画の作成及び評価等
居宅介護サービス計画に基づき、利用者の課題等を把握し、利用者の希望を踏まえて通所介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価しその結果を書面に記載して利用者の説明のうえ交付します。

5. 営業日及び営業時間等

営業日	月曜日から金曜日 ただし、1月1日から3日までを除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで ※送迎時間を含む

6. 事業所の従業員の体制

職種	員数
管理者	1名（兼務）
生活相談員	2名（1名は介護職員と兼務）
看護職員	1名以上
介護員	5名以上（1名は生活相談員と兼務）

7. 利用料等

サービスを利用した場合のお支払いいただく利用料は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。ただし、支払方法が償還払いとなる場合は、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町の介護保険担当窓口に提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 基本料金（1月あたり）

要介護状態区分	介護報酬額	自己負担額		
		1割	2割	3割
事業対象者	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

(2) 加算・減算

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算略称	介護報酬額	1割負担	2割負担	3割負担
送迎を行わない場合(片道)	▲470円	▲47円	▲94円	▲141円
口腔機能向上加算(Ⅰ)(月1回を上限)	1,500円	150円	300円	450円
口腔機能向上加算(Ⅱ)(月1回を上限)	1,600円	160円	320円	480円
科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円
栄養アセスメント加算 (月一回を限度)	5,000円	500円	1000円	1500円
栄養改善加算 (月一回を限度)	2,000円	200円	400円	600円
一体的サービス提供加算 (月一回を限度)	4,800円	480円	960円	1,440円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(要支援1) 8,800円	(要支援1) 880円	(要支援1) 1,760円	(要支援1) 2,640円
	(要支援2) 17,600円	(要支援2) 1,760円	(要支援2) 3,520円	(要支援2) 5,280円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(要支援1) 7,200円	(要支援1) 720円	(要支援1) 1,440円	(要支援1) 2,160円
	(要支援2) 14,400円	(要支援2) 1,440円	(要支援2) 2,880円	(要支援2) 4,320円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数×92/1000			

(注1) 上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

(注2) 介護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、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(注3) 上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

(3) その他の費用

食費	1 回につき 7 2 8 円
おむつ代等	紙おむつ・パッド代 実費（必要な方のみ）
交通費	通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に係る費用 事業実施地域の境界から片道概ね 3 0 km 未満 1 回 5 0 0 円 事業実施地域の境界から片道概ね 3 0 km 以上 1 回 7 0 0 円
複写物の交付	サービス提供記録の複写費用 1 枚につき 2 0 円
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品やレクリエーション活動費用などに要する費用）について、費用の実費をいただきます。

(4) キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル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。ただし、ご契約者の体調不良等のやむを得ない事由がある場合は、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
- ・利用予定日の当日申し出があった場合 当日の食費負担相当額

(5) 社会福祉法人による利用者負担の軽減制度

事業所では、社会福祉法人による利用者負担金の軽減を行っております。市町が発行する「社会福祉法人利用者負担金軽減確認証」を事業所に提示していただくことが必要となり、提示いただいた月の利用者負担金から当該確認証に記載された率を軽減します。軽減の申請等、詳しくは各市町の介護保険担当までお問い合わせください。

(6) 利用料金の支払い方法

利用料金は 1 カ月ごとに計算し請求いたしますので、翌月 2 5 日までにお支払ください。お支払方法は、現金払いもしくは下記金融機関のうち、指定された預金口座からの自動振替によるお支払いをお願いします。

- ・京都銀行 ・京都北都信用金庫 ・ゆうちょ銀行 ・京都農業協同組合

※なお、振替日は毎月 2 5 日（2 5 日が金融機関休業日の場合は翌営業日）となります。

8. 個人情報の保護

事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

9. 緊急時における対応方法

利用者がサービス提供中に心身の状態が急変した場合は、かかりつけ医師の医学的判断により、関係医療機関等に必要な措置を執ると共に速やかにご家族等及び関係機関等に連絡します。

10. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故等が発生した場合は、かかりつけ医師に連絡し指示を受け、必要な措置を執ると共に速やかにご家族及び関係機関に連絡します。また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

11. 非常災害対策

- ・事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。
- ・事業所は、防災計画に基づき、年2回以上利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。

12. 苦情相談窓口

当施設に関する苦情や相談の窓口は、次のとおりです。

(1) 事業所の窓口

事業所苦情相談窓口	電話番号 0772-22-0068 受付時間 月曜日から金曜日 8時30分～17時30分 受付担当者 天橋の郷通所介護事業所 生活相談員
社会福祉法人北星会 苦情解決第三者委員会	電話番号 0772-22-8233 受付時間 月曜日から金曜日 9時00分～18時00分 受付担当者 法人本部

(2) その他苦情申立の窓口

苦情受付機関	宮津市 健康福祉部 健康・介護課 介護給付係	0772-45-1619
	京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談係	075-354-9090
	京都府社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	075-252-2152

(3) 苦情受付の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

①【苦情受付の体制】

・電話 ・文書 ・来所

②【苦情対応の手順】

ア 苦情内容の把握

苦情の内容を把握し、どのような解決を望まれているのかを把握します。

イ 苦情内容への対応

まずはしっかりと苦情内容を聞き、それについての説明を行います。納得が得られた場合でも苦情があったことについては、管理者に報告するとともに社会福祉法人北星会苦情解決第三者委員会へ報告します。後日回答とした場合、関係者を含めて検討会議を行います。検討会議の結果を基に、調査結果や改善内容を管理者に報告し、管理者は具体的な対応を指示します。

ウ 利用者等への報告

放置したままにせずにできるだけ早く謝罪を行った上で解決策等を提示します。

エ 記録の保存

対応した経過及び結果を記録し、5年間保存します。

オ 苦情の周知

苦情内容及びその対応の結果等を職員に周知し、再発防止策を協議検討します。

※苦情の対応にあたっては守秘義務を徹底するとともに、公正不偏の立場を保持し、利用者の正当な権利を損なわないように留意します。

令和 年 月 日

サービス提供の開始に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、本書面に
基づき重要事項の説明を行いました。

説 明 者	所 在 地	京都府宮津市字獅子 1 9 0 番地の 1
	事業所	社会福祉法人北星会
		天橋の郷(介護予防)通所介護事業所

職・氏名	生活相談員	大浦 俊輔	印
------	-------	-------	---

私は、事業所より重要事項説明書の説明・交付を受け、提供開始及び介護保険適用サー
ビス並びに介護保険適用外のサービス及び利用料金の支払に同意しました。

利 用 者

住 所	京都府宮津市字
-----	---------

氏 名	印
-----	---

(署名・法定) 代理人

住 所

氏 名	印
-----	---

(本人との続柄	)
---------	---