

# 「グループホームフルハウス通所サービス」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。

認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護（事業所番号 第 247500137 号）

当事業所はご契約者に対して認知症対応型通所介護サービス及び介護予防認知症対応型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・要支援」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。
---

## 1. 事業者

法人名	社会福祉法人 はまゆう会
法人所在地	三重県津市香良洲町 1990番
電話番号	059-292-4888
代表者氏名	理事長 長谷川 信
設立年月	平成11年 6月 9日

## 2. 事業所の概要

施設の種類	指定認知症対応型通所介護事業所 平成22年12月1日 指定 事業所番号2472500137号 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所 平成22年12月1日 指定 事業所番号2472500137号
施設の名称	グループホームフルハウス通所サービス
施設の所在地	三重県津市香良洲町1991-1
電話番号	059-292-8545
管理者氏名	加納 安子
開設年月	平成22年12月1日
利用定員	3名

### (1) 事業所の目的

要介護状態及び要支援状態の被保険者（以下、「利用者」という。）について、居宅介護サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への継続を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の介助を行なうことにより、利用者が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に援助することを目的とする。

### (2) 事業所の運営方針

利用者にとって必要なサービスを利用者自身に選択していただき、個人のプライバシーを

できるだけ保持し、生活の自立のため援助を心がけることを基本とする。また、個人別アセスメント表を作成し個別処遇の徹底をはかる。

(3) 通常の事業の実施地域

旧香良洲町、旧一志町、旧津市、旧久居市の区域とする。

(4) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日、火曜日及び金曜日	
営業時間帯	月曜日～日曜日	8：30～17：30
サービス提供時間帯	月曜日、火曜日及び金曜日	9：30～16：40

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定認知症対応型通所介護サービス及び指定介護予防認知症対応型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。

○通所介護及び介護予防通所介護

職 種	常勤	非常勤	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1		1 名
2. 介護職員	5	2	4 名
3. 生活相談員	1		1 名

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 生活相談員	9：30～16：40 1名
2. 介護職員	7：00～19：00 4名 ☆原則としてグループホーム入居者とあわせて利用者12名に対して職員4名以上でお世話をします。

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（通常9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①入浴

・入浴又は清拭を行ないます。

②排泄

・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行ないます。

<認知症対応型通所介護サービス利用料金（1回当たり）>（契約書第9条参照）

下記の料金表によって、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に応じて異なります。）（認知症対応型通所介護費：7時間以上9時間未満）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 5,060円	要介護2 5,240円	要介護3 5,420円	要介護4 5,600円	要介護5 5,790円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,554円	4,716円	4,878円	5,040円	5,211円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	506円	524円	542円	560円	579円

☆入浴介助加算として1日あたり500円のサービス利用料が加算されます。

（自己負担額1日当たり50円）

\*入浴介助を行った場合に限りです。

☆サービス提供体制強化加算として1回あたり120円のサービス利用料が加算されます。

（自己負担額1日当たり12円）

☆介護職員処遇改善加算

上記までにより算定した単位数は、1単位10円で計算していますが、介護職員処遇改善交付金加算により算定した単位数の1000分の29に相当する単位数が加算されます。

※厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善を実施しているものとして届け出た場合

☆地域区分ごとの上乗せ割合

上記までにより算定した単位数は、1単位10円で計算していますが、地域区分の適用により1.7%が加算されます。

<介護予防認知症対応型通所介護サービス利用料金（1回当たり）>（契約書第9条参照）

下記の料金表によって、ご契約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）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要支援度に応じて異なります。）（介護予防認知症対応型通所介護費：6時間以上8時間未満）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援1 4,690円	要支援2 4,960円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,221円	4,464円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	469円	496円

☆入浴介助加算として1日あたり500円のサービス利用料が加算されます。

(自己負担額1日当たり50円)

\* 入浴介助を行った場合に限りです。

☆サービス提供体制強化加算として1回あたり120円のサービス利用料が加算されます。

(自己負担額1日当たり12円)

☆介護職員処遇改善加算

上記までにより算定した単位数は、1単位10円で計算していますが、介護職員処遇改善交付金加算により算定した単位数の1000分の29に相当する単位数が加算されます。

※厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善を実施しているものとして届け出た場合

☆地域区分ごとの上乘せ割合

上記までにより算定した単位数は、1単位10円で計算していますが、地域区分の適用により1.7%が加算されます。

<認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護共通のサービス利用料金>

(契約書第9条参照)

☆ご契約者に提供する食事にかかる費用は別途頂きます。

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

☆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。

☆社会福祉法人等による利用者負担軽減制度

市町村が発行する「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証」を交付されている方は、(1)介護保険の給付対象となるサービス及び(2)介護保険の給付対象外のサービスの①食費について、利用者負担額の一部を施設が負担する制度があります。

(対象の要件)

市町村民税世帯非課税者であって、次の要件のすべてを満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難であるとして市町村が認めた方

1. 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。
2. 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
3. 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。

4. 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

5. 介護保険料を滞納していないこと。

(減額割合)

減額割合は1/4 (老齢福祉年金受給者の方は1/2) を原則とします。

(手続き)

市町村へ利用料の軽減対象であることの確認申請を行い、市町村の決定を受けることが必要です。

(2) 介護保険の給付とならないサービス (契約書第5条、第9条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①食費

・当事業所では、栄養並びにご契約者の心身の状況を考慮した食事を提供します。

(食事時間)

12:00~

(料金) 昼食 500円 (間食を含む)

②レクリエーション、クラブ活動

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：材料代等の実費をいただきます。

③日常生活上必要となる諸費用実費

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。

紙おむつ	150円
チャッチ等	50円

④複写物の交付

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が、複写物を必要とする場合には実費をご負担頂きます。

1枚につき 20円

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない理由がある場合、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理由について、変更を行なう2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法 (契約書第9条参照)

前記(1)、(2) 料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(1ヶ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. 窓口で現金支払
- イ. 下記指定口座への振込み  
百五銀行香良洲支店 普通預金 157241
- ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし  
(利用した翌月の27日に引落としされます。)

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第10条参照)

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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、利用予定日の前日までに事業者へ申し出て下さい。

○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。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、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
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10%

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所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、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。

5. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状などの急変があった場合は、速やかに利用者の緊急連絡先に連絡をとり、主治医に連絡する等必要な措置を講じます。

緊急連絡先および主治医については、契約書別紙に記載のうえサービス利用開始時まで提出していただきます。

6. 事故発生時の対応

利用者に対する指定通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者にかかる居宅介護支援事業者等に連絡をするとともに必要な措置を講じます。

7. 苦情の受付について (契約書第26条参照)

(1) 当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けています。

○苦情受付窓口 (担当者) 加納安子

○受付時間 8:30~17:30

また、苦情ボックスをロビーに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

津市役所健康福祉部	所在地 三重県津市西丸之内 23 番 1 号 T E L : 059-229-3149 F A X : 059-229-3334 受付 介護保険課
香良洲総合支所	所在地 三重県津市香良洲町 1 8 7 8 T E L : 059-292-4302 F A X : 059-292-2364 受付 市民福祉課
三重県国民健康保険 団体連合会	所在地 三重県津市栄町 3 丁目 143-1 笠間第 2 ビル 3 階 T E L : 059-222-4165 F A X : 059-222-4166 受付 介護保険課 苦情処理係
三重県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 三重県津市桜橋 2 丁目 131 三重県社会福祉会館 3 階 T E L : 059-224-8111 F A X : 059-213-1222 受付 苦情相談室

平成 年 月 日

指定通所介護サービス及び指定介護予防通所介護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。

社会福祉法人 はまゆう会  
グループホームフルハウス通所サービス

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、指定認知症対応型通所介護サービス及び指定認知症対応型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

印

代理人 : 住所  
利用者との関係

( ) : 氏名

印