

# 「指定居宅サービス利用」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。

予 防 通 所 介 護 栃木県指定 第 0971100524 号

当事業者はご契約者に対して予防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とおり説明します

## 1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 ともいき会
- (2) 法人所在地 栃木県矢板市川崎反町 303 番地
- (3) 電話番号 0287-43-7710
- (4) 代表者氏名 守 田 和 彦
- (5) 設立年月日 平成 23 年 2 月 2 日

## 2 事業所の概要

- (1) 事業所の目的  
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、予防通所介護サービスを提供します。
- (2) 事業所の名称 デイサービスセンター ひだまり
- (3) 事業所の所在地 栃木県矢板市木幡 1551 番地 3
- (4) 電話番号 0287-40-0345
- (5) 事業所長 管理者 青木 一史
- (6) 通常の事業実施地域 矢板市
- (7) 利用定員 15 名

(8) 営業日及び営業時間

予防通所介護サービス	
営業日	原則、日曜日を休業とします。 年未年始（12/30～1/3）・お盆(8/14・15)は休業とします。
受付時間 (予約・相談等)	月曜日～土曜日 午前 8:30～午後 5:00
サービス提供時間	月曜日～土曜日 午前 9:00～午後 4:30

(9) 施設概要

敷地面積	998.5 m <sup>2</sup>
規模及び構造	木造一部鉄骨造 平屋建て 212.20 m <sup>2</sup> 冷暖房・合併処理浄化槽付き
居室部分	
共用部分	機能回復訓練コーナー・食堂（厨房）・静養室 一般浴室
管理部門	施設長室・事務室・相談室

3 職員の配置状況

職種	予防通所介護
管理者	1名
介護職員	2名以上
生活相談員	1名以上
看護職員	1名以上
介護支援専門員	
医師	
栄養士	

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「予防通所介護サービス」を提供します。  
また、それぞれのサービスについて、

- (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 食事：栄養並びにご契約者の身体の状況・嗜好を考慮した食事を提供します。
- ② 入浴：身体の状況を考慮した入浴又は清拭を行います。
- ③ 排泄：ご契約者の排泄の介助を行います。

#### <サービス利用料金>（契約書第7条参照）

次表の料金表によって、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）をお支払いください。

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。

#### ○介護予防通所介護（1月につき）

1 ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要支援1 16470円	要支援2 33770円
2 介護保険から給付される金額	14823円	30393円
3. 自己負担額 (1-2)	1647円	3377円

#### ○その他

各種加算	自己負担額	サービス利用料金
生活機能向上グループ加算	100円	1000円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援1 72円	720円
	要支援2 144円	1440円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	基本サービス費に加算を加えた合計に4.0%を乗じた数	

※介護保険から給付額に変更があった場合、変更に合わせて、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7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介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

**介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用される場合はサービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。**

##### 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くことがあります。**

##### ③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いただきます。

**1枚:10円**

④食材料費（おやつ代を含む）

ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

**昼食:600円**

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

おむつ等は普段ご使用のものの予備をお持ちください。予備がなくなった場合、施設で常備しているものを一時ご使用いただき、後日、ご使用分のおむつをお持ちください。

**(3) 利用料金のお支払い方法**

毎月末締めにて請求書を送付させていただきます。お受け取りになった月の末日までに、送迎時の支払い、もしくは指定口座へお振り込み願います。

**5 利用の中止・変更・追加（契約書第8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申し出てください。
- ・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理由がある場合は、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	食事料 600円

※食事の提供者へのキャンセルの連絡が間に合わなかった場合 600円頂きます

- ・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、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。

**6 契約の解除（契約書第17条、第18条参照）**

- ・契約終了を希望する場合は、7日前までに事業者へ通知してください。
- ・事業所の変更が同意できない場合、入院した場合、居宅サービス計画が変更された場合は中途解約することができます。
- ・事業者やサービス従事者が、契約に定める指定居宅サービスを実施しないとき、秘密保持に違反したとき、契約者の身体・財物・信用等を傷つけ又は不信行為その他重大な事情があるときは、契約を解除することができます。
- ・他の利用者が契約者を傷つけたとき、又は傷つける恐れがあるにもかかわらず、事業者が適切な対応をとらない場合、契約を解除することができます。

## 7 苦情の受付について

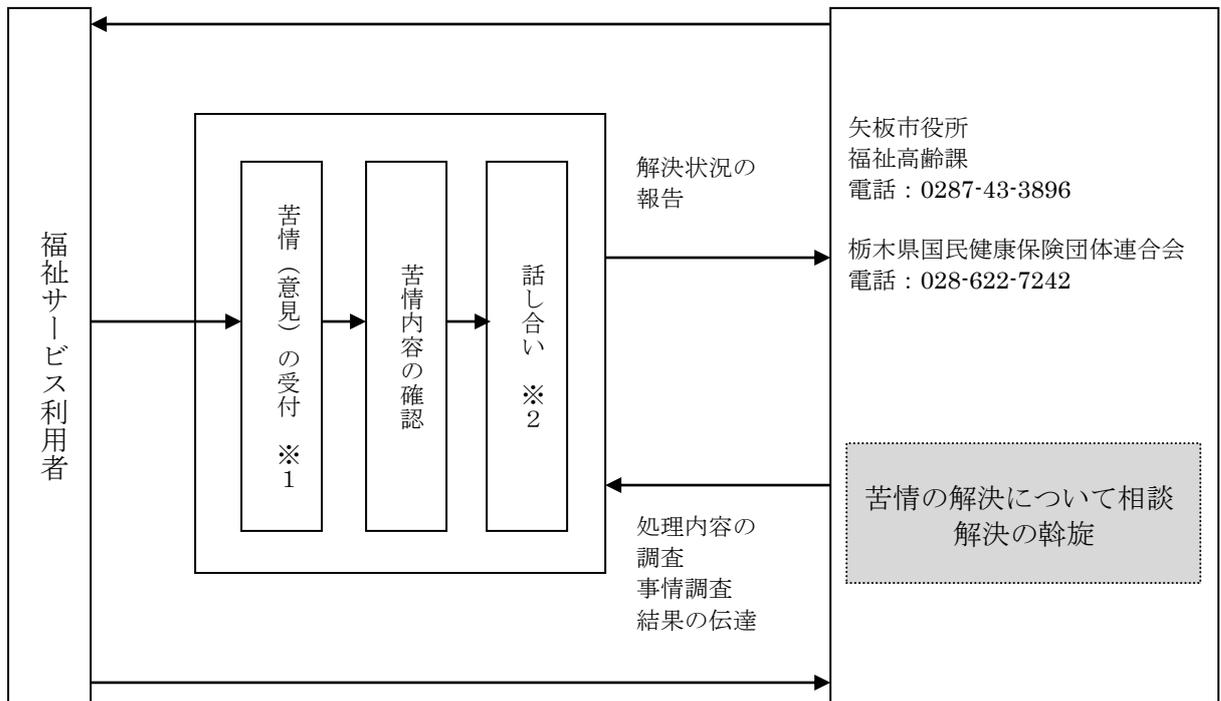
当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

苦情受付窓口  
管理者 青木 一史

受付時間  
月曜日～土曜日 午前 8:30～午後 5:00

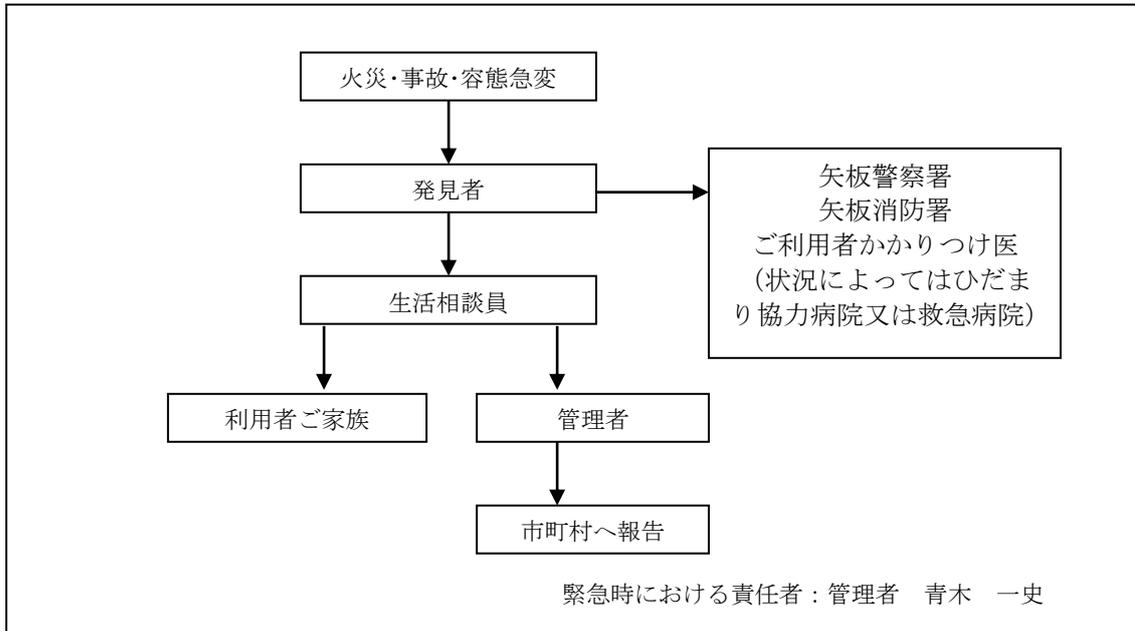
矢板市役所・福祉高齢課 栃木県矢板市本町 5 番地 4  
電話番号 0287-43-3896

栃木県国民健康保険団体連合会 栃木県宇都宮市本町 12 番 11 号 栃木会館 4F  
電話番号 028-622-7242



## 8 緊急時の対応について

デイサービスセンターひだまり事業所内でご利用者の身体的急変や火災・事故等が発生した場合、ご利用者かかりつけ医又はデイサービスセンターひだまりの協力病院に依頼して対処するとともに、速やかに家族等に連絡を行います。



## 9 個人情報の取り扱いについて

当施設では、利用者様に安心して介護サービスを受けていただくために、安全な介護サービスを提供するとともに、利用者様の個人情報の取り扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。又利用者様の個人情報につきまして、以下の通り利用させていただきます。

### 1. 施設内での利用

- ・利用者様への医療・介護サービス提供
- ・介護保険事務
- ・施設利用等の管理
- ・会計・経理
- ・事故等の報告
- ・当該利用者様への介護サービスの向上
- ・施設内実習への協力
- ・介護サービスの質の向上を目的とした施設内症例研究
- ・その他利用者様に係る管理運営業務 等

### 2. 施設外への情報提供としての利用

- ・他の施設、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、その他介護サービス事業者等との連携
- ・他の施設・医療機関等からの照会への回答
- ・利用者様の通所介護計画作成等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・ご家族等への心身の状況説明
- ・審査支払機関へのレセプトの提供
- ・審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・事業者等から委託を受けた健康診断に係る、事業者等へのその結果通知
- ・賠償責任保険等に係る、専門の団体や保険会社等への相談または届出等
- ・その他利用者様への介護保険事務に関する利用 等

### 3. その他の利用

- ・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・外部監査機関への情報提供・面会者への対応・利用者様に対する面会の方や電話でのお問い合わせについては、ご本人様からご希望がない限りお答えさせていただきます。
- ・業務を円滑に進めるため利用者様及びご家族のお名前をお呼びすることがございます。

平成 年 月 日

指定居宅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。

職 名 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(代理人) \_\_\_\_\_ 印