

第1号通所事業

佐野市デイサービスセンターふくしの里重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(栃木県指定 0970400552号)

当事業所は利用者に対して第1号通所事業を提供します。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。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方及び総合事業対象者が対象となります。要支援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	1
2	事業所の概要	1
3	職員の配置状況	2
4	当事業所が提供するサービスと利用料金	2
5	緊急時等における対応方法	6
6	苦情の受け付けについて	6
7	権利擁護及び虐待防止のための措置	7
8	介護保険の情報提供について	7

1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 佐野市社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 栃木県佐野市大橋町3212-27
- (3) 電話番号 0283-22-8100
- (4) 代表者氏名 会長 五十畑 正夫
- (5) 設立年月日 平成17年2月28日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 第1号通所事業
栃木県0970400552号
※当事業所は、以下の選択的サービスを実施しています。
 - ①運動器機能向上サービス
 - ②口腔機能向上サービス
 - ③生活向上グループ活動
- (2) 事業所の目的 第1号通所事業は、介護保険法令に従い、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て、利用者には、第1号通所事業を提供します。
- (3) 事業所の名称 佐野市デイサービスセンターふくしの里
- (4) 事業所の所在地 栃木県佐野市大橋町3212-27
- (5) 電話番号 0283-22-8162
- (6) 所長（管理者）氏名 篠崎恵美子
- (7) 当事業所の運営方針
第1号通所事業の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要支援者等が可能な限りその居宅において、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支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
- (8) 開設年月日 平成18年4月1日
- (9) 事業者が行っている他の業務
当事業者では、次の事業もあわせて実施しています。

[居宅介護支援事業]

社協ケアプランセンター佐野

- (10) 通常の事業の実施地域 佐野市、館林市、足利市

(11) 営業日及び営業時間

営業日 月曜日から土曜日

但し、12月29日から1月3日は除く。なお、必要に応じて休業日も営業する。

営業時間 午前8時30分から午後5時

(12) 利用定員 30名

3 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）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。

※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	非常勤
所長（管理者）	1名	名
生活相談員 兼 介護職員	2名	名
看護職員 兼 機能訓練指導員	2名	1名
介護職員	4名	3名

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、利用者に対して以下のサービスを提供します。

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

(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。《介護保険負担割合証によります。》

- 選択的サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、介護予防ケアマネジメント（以下介護計画）に沿い、事業所と利用者で協議したうえで個別援助計画に定めます。

〈サービスの概要〉

○ 共通サービス

利用者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

① 食事

食事の準備・介助を行います。

(食事時間) 11:50～12:40

② 送迎サービス

利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、交通費を別途ご負担いただきます。

○ 選択的サービス

① 口腔機能向上サービス

歯科衛生士により、利用者の口腔機能の状態に応じて、口腔機能改善管理指導計画書を作成し、口腔清潔、摂食・嚥下機能の向上等を図るためのサービスを実施します。

② 生活向上グループ活動（上記①及び②に該当しない方のみ）

利用者の、生活機能の改善等を目的とした計画書を作成し、利用者の心身の状況等に応じた生活機能向上グループ活動サービスを実施します。

<サービスの利用頻度>

○ 利用する曜日や内容等については、介護計画に沿いながら、利用者と協議の上決定し、個別援助計画に定めます。

○ ただし、利用者の状態の変化、個別援助計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

<サービス利用料金（1月あたり）>（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、利用者の要支援度等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

◎ ご利用料金

《介護保険負担割合証の利用者負担の割合が1割の方》

《サービス提供体制強化加算 支援1＝88円 支援2＝176円を含む》

利用者の要支援度	要支援1 事業対象者	要支援2	加算（選択的サービス）		
			口 腔 機能向上	複数実施 加算 I	生活 機 能向上
1 サービス利用料金	18,860 円	37,976 円	1,500 円	4,800 円	1,000 円
2 内、介護保険から 給付される金額	16,974 円	34,179 円	1,350 円	4,320 円	900 円
3 サービス利用に係る 自己負担額(1－2)	1,886 円	3,797 円	150 円	480 円	100 円

《介護保険負担割合証の利用者負担の割合が2割の方》

《サービス提供体制強化加算 支援1＝88円 支援2＝176円を含む》

利用者の要支援度	要支援1 事業対象者	要支援2	加算（選択的サービス）		
			口 腔 機能 向上	複数実施 加算 I	生活 機能向上
1 サービス利用料金	18,860 円	37,970 円	1,500 円	4,800 円	1,000 円
2 内、介護保険から 給付される金額	15,088 円	30,376 円	1,200 円	3,840 円	800 円
3 サービス利用に係る 自己負担額(1－2)	3,772 円	7,594 円	300 円	960 円	200 円

《介護保険負担割合証の利用者負担の割合が3割の方》

《サービス提供体制強化加算 支援1＝88円 支援2＝176円を含む》

利用者の要支援度	要支援1 事業対象者	要支援2	加算（選択的サービス）		
			口 腔 機能向上	複数実施 加算 I	生活 機能 向上
1 サービス利用料金	18,860円	37,970円	1,500円	4,800円	1,000円
2 内、介護保険から 給付される金額	13,202円	26,579円	1,050円	3,360円	700円
3 サービス利用に係る 自己負担額(1－2)	5,658円	11,391円	450円	1,440円	300円

※介護職員処遇改善加算といたしまして、サービス利用料金の合計に9.2%乗じた料金が加算されます。

○ 利用者がまだ要支援認定等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、介護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、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。

○ 利用者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）②参照）

○ 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、利用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、利用料金の全額が利用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第1号通所事業の利用

介護保険給付の支給限度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利用者の負担となります。

② 食事やおやつの提供に係る費用

利用者に提供する食事やおやつに係る費用です。

料金：食事1回あたり基本500円

料金：おやつ1回あたり基本60円

※外食やお楽しみ弁当等の場合は実費分をご負担していただきます。

③ 通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、佐野市を越えた地点からお住まいまでの間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

料金：1キロメートルあたり20円

④ レクリエーション等

ご契約者の希望によりレクリエーション等に参加していただくことができます。

料金：材料代等の実費をいただきます。

⑤ 複写物の交付

利用者は、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していただきます。

料金：1面 10円

⑥ 日常生活上必要となるもの

おむつ等は、利用者が用意してください。

事業者が用意したものを使用した場合には、現物でお返してください。

- 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7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月にご請求となります。

(4) 利用日の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

- 利用予定日の前に、利用者の都合により、第1号通所事業の利用日を中止又は変更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までに事業所に申し出てください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用日の中止をされた場合、他の利用者にご迷惑をかけることとなりますので、ご注意下さい。
- 月のサービス利用日や回数については、利用者の状態の変化、介護計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- 月途中で要支援度等が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

- サービス利用日の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により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利用者に提示し協議します。

5 緊急時等における対応方法

生活相談員等は、第1号通所事業を提供中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の処置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。又、できるだけ速やかに利用者や家族等に説明し対応にあたります。関係市町村等に紙面にて内容を報告いたします。

6 苦情の受付について（契約書第22条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口 管理者 篠崎恵美子

生活相談員 鈴木弘美・上原由美子

受付時間 毎週月曜日から土曜日

但し、12月29日から1月3日は除きます。

午前8時30分から午後5時

電話番号 0283-22-8162

FAX 0283-22-8149

メールアドレス hukushinosato-dei@sanoshakyo.or.jp

(2) 当事業者第三者委員

佐野市社会福祉協議会監事 久村 純二

佐野市社会福祉協議会監事 小林 光秀

《第三者委員への受付窓口》

佐野市社会福祉協議会 総務福祉課 法人経営係	所在地	佐野市大橋町3212番地27
	電話番号	0283-22-8100
	FAX	0283-22-8199
	受付時間	午前8時30分から午後5時まで

(3) 行政機関その他苦情受付機関

佐野市役所 介護保険課 介護サービス係	住所地 佐野市高砂町1番地 電話番号 0283-20-3022 FAX 0283-21-3254 受付時間 午前8時30分から午後5時
足利市役所 元気高齢課 介護認定担当	住所地 足利市本城三丁目2145番地 電話番号 0284-20-2139 FAX 0284-20-1456 受付時間 午前8時30分から午後5時
栃木県国民健康保険 団体連合会	住所地 宇都宮市本町3番9号 栃木県本町合同ビル6階 電話番号 028-643-2220 FAX 028-643-5411 受付時間 午前8時30分から午後5時
栃木県運営適正化委員会	住所地 宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ内 電話番号 028-622-2941 FAX 028-622-2316 受付時間 午前8時30分から午後5時

7 権利擁護及び虐待防止のための措置

- (1) 虐待を未然に防止するため、研修などを通じて、全ての職員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- (2) 利用者の生活状況を観察しながら早期発見に努め、虐待の疑いがある場合や、虐待の事実を発見した場合には関係機関に速やかに通報するとともに、関係機関と連携し虐待をうけた利用者やその家族への支援を行い、状況に応じた適切な措置を講じます。
- (3) 支援や介護に関する悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、利用者の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

8 介護保険の情報提供について

介護保険法に基づく介護サービス等の利用について、介護保険サービスの提供のために必要があるときは、業務上知り得た私及び私の家族等に関する個人情報を介護予防介護サービスを提供する事業者等（居宅サービス事業者、居宅介護予防介護支援事業者、介護保険施設、主治医）に介護保険に関する情報を提供することについて承諾します。

【遵守事項】

- (1) 介護保険に関する情報以外は提供しません。
- (2) 情報提供先の事業者等が本人の同意を得ることなく本人以外の者に介護保険の情報を提供しないよう必要な措置を講じます。

令和 年 月 日

第1号通所事業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。

佐野市デイサービスセンターふくしの里

説明者職名 生活相談員

氏名

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、第1号通所事業の提供開始に同意しました。

利用者 住所

氏名

署名代行者 住所
又は代理人

氏名

親族代表者 住所
又は立会人

氏名