指　定　通　所　介　護　事　業　所
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 …… － 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　　指定通所介護事業所・平成１７年２月２８日指定
栃木県０９７０４００５５２号

（２）事業所の目的　　指定通所介護は、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、通所介護サービスを提供します。

（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　　大羽　隆宏

（７）当事業所の運営方針

要介護者の心身の特性を踏まえて、可能な限りその居宅において、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うことにより、要介護者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに要介護者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。

（８）開設年月日　　平成１７年２月２８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、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。

※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	５名	２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る２割負担の方は、８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る３割負担の方は、７割が介護保険から給付されます。≫

加算対象サービス

○　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、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

①　入浴

入浴の介助を行います。利用者の身体状況により一般浴・中間浴・特殊浴で、入浴することができます。　　（シャンプー、ボディソープは事業者が用意します。）

② 排泄

利用者の排泄の介助を行います。

（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、現物でお返しください。）

③ 送迎

ご自宅と事業所間の送迎を行います。

④ 機能訓練

利用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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

加算対象サービス

選択的サービス

① 個別機能サービス

利用者の心身等の状況に応じて、個別機能訓練計画を作成し計画的に機能訓練を実施します。

② 口腔機能向上サービス

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。

＜サービス利用料金（１回あたり）＞（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。

◎ 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≫

６時間以上７時間未満(通常規模)　≪サービス提供体制強化加算２２円を含む≫

利用者の要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１　サービス利用料金	6,060円	7,110円	8,180円	9,230円	10,300円
２　内、介護保険から給付される金額	5,454円	6,399円	7,362円	8,307円	9,270円

3　サービス利用に係る自己負担額（１－２）	**606円**	**711円**	**818円**	**923円**	**1,030円**

７時間以上８時間未満（通常規模）　　≪サービス提供体制強化加算２２円を含む≫

利用者の要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
1　サービス利用料金	6,800円	7,990円	9,220円	10,450円	11,700円
2　内、介護保険から給付される金額	6,120円	7,191円	8,298円	9,405円	10,530円
3　サービス利用に係る自己負担額（１－２）	**680円**	**799円**	**922円**	**1,045円**	**1,170円**

サービス内容（1回の金額）	入浴介助加算（Ⅰ）	個別機能訓練（Ⅰ）イ	口腔機能向上（Ⅰ）(上限、月2回まで)
1　サービス利用料金	４００円	５６０円	１，５００円
2　内、介護保険から給付される金額	３６０円	５０４円	１，３５０円
3　サービス利用に係る自己負担額（１－２）	**４０円**	**５６円**	**１５０円**

事業所が送迎を行わない場合、片道４７０円（自己負担額４７円）減算となります。

≪介護保険負担割合証の利用者負担の割合が２割の方≫

６時間以上７時間未満（通常規模）　　≪サービス提供体制強化加算２２円を含む≫

利用者の要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
1　サービス利用料金	6,060円	7,110円	8,180円	9,230円	10,300円
2　内、介護保険から給付される金額	4,848円	5,688円	6,544円	7,384円	8,240円

3　サービス利用に係る自己負担額（１－２）	**1,212円**	**1,422円**	**1,636円**	**1,846円**	**2,060円**

７時間以上８時間未満（通常規模）　　≪サービス提供体制強化加算２２円を含む≫

利用者の要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
1　サービス利用料金	6,800円	7,990円	9,220円	10,450円	11,700円
2　内、介護保険から給付される金額	5,440円	6,392円	7,376円	8,360円	9,360円
3　サービス利用に係る自己負担額（１－２）	**1,360円**	**1,598円**	**1,844円**	**2,090円**	**2,340円**

サービス内容（1回の金額）	入浴介助加算（Ⅰ）	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	口腔機能向上加算（Ⅰ）（上限、月2回まで）
1　サービス利用料金	４００円	５６０円	１，５００円
2　内、介護保険から給付される金額	３２０円	４４８円	１，２００円
3　サービス利用に係る自己負担額（１－２）	**８０円**	**１１２円**	**３００円**

事業所が送迎を行わない場合、片道４７０円（自己負担額９４円）減算となります。

≪介護保険負担割合証の利用者負担の割合が３割の方≫

６時間以上７時間未満（通常規模）　　≪サービス提供体制強化加算２２円を含む≫

利用者の要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
1　サービス利用料金	6,060円	7,110円	8,180円	9,230円	10,300円
2　内、介護保険から給付される金額	4,242円	4,977円	5,726円	6,461円	7,210円

3　サービス利用に係る自己負担額（１－２）	**1,818円**	**2,133円**	**2,454円**	**2,769円**	**3,090円**

７時間以上８時間未満（通常規模）　　≪サービス提供体制強化加算２２円を含む≫

利用者の要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
1　サービス利用料金	6,800円	7,990円	9,220円	10,450円	11,700円
2　内、介護保険から給付される金額	4,760円	5,593円	6,454円	7,315円	8,190円
3　サービス利用に係る自己負担額（１－２）	**2,040円**	**2,397円**	**2,766円**	**3,135円**	**3,510円**

サービス内容（1回の金額）	入浴	個別機能訓練	口腔機能向上（上限、月2回まで）
1　サービス利用料金	４００円	５６０円	１，５００円
2　内、介護保険から給付される金額	２８０円	３９２円	１，０５０円
3　サービス利用に係る自己負担額（１－２）	**１２０円**	**１６８円**	**４５０円**

事業所が送迎を行わない場合、片道４７０円（自己負担額１４１円）減算となります。

※ 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。

○　用事等やむをえない事情により、上記時間より早く退所する場合は、該当する利用時間での請求となります。

○　利用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一旦お支払いただきます。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、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の材料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通所介護サービス
介護保険給付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利用者の負担となります。

①　食事やおやつの提供
利用者に提供する食事やおやつに係る費用をご負担していただきます。
料金：食事１回あたり基本　　５５０円
料金：おやつ１回あたり基本　１００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。

②　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

③　レクリエーション等
利用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。

④　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

○　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、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日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、当日になって利用の中止をされた場合、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、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	自己負担相当額

○　サービス利用日の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期日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て協議します。

５　緊急時等における対応方法

生活相談員等は、指定通所介護を提供中に、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措置を講ずるとともに、管理者に報告します。また、できるだけ速やかに利用者や家族等へ説明し対応にあたります。関係市町村等には紙面にて内容を報告いたします。

６　苦情の受け付けについて（契約書第２２条参照）

（１）当事業所における苦情・相談窓口

受付担当者　管　理　者　大羽　隆宏

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、国民の祝日及び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　　武藤　純子

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
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 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労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として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

指定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。

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、本書面に基づき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

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