

## 「とうごう苑介護予防デイサービスセンター」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。

(鹿児島県指定 第4673800043号)

当事業所はご契約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事を次の通り説明します。

\* 等サービスの利用は、原則として「要支援」と指定された方が対象となります。要支援指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	2
2, 事業者の概要	2
3, 事業実施地域及び営業時間	3
4, 職員の配置状況	3
5, 当事業所が提供するサービスと利用料金	5
6, 御意見・ご相談の受付	7
7, サービス提供における事業所の義務	8

## 1. 事業所

- (1) 法人名 社会福祉法人 祥健会  
(2) 法人所在地 鹿児島県薩摩川内市東郷町斧渕2501番地  
(3) 電話番号 0996-42-2111  
(4) 代表者氏名 理事長 松尾 眞一郎  
(5) 設立年月日 平成4年9月4日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防通所事業所  
平成18年4月1日  
\*当事業所は、特別養護老人ホームとうごう苑に併設されています。  
\*当事業所は、以下の加算対象サービスを実施しています。  
①生活機能向上グループ活動加算  
②サービス提供体制強化加算
- (2) 事業所の目的 指定介護予防通所介護は、介護保険法令に従い、ご契約者が、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事ができるよう支援する事を目的として、ご契約者に適正な指定介護予防通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 とうごう苑介護予防デイサービスセンター  
(4) 事業所の所在地 鹿児島県薩摩川内市東郷町斧渕2501番地  
(5) 電話番号 0996-42-2111  
(6) 事業所長氏名 森満 裕幸  
(7) 当事業所の  
運営方針 要支援者が可能な限りその居宅に於いて、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、ご契約者の心身機能の維持回復を図り、ご契約者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- (8) 解説年月日 平成18年4月1日  
(9) 利用定員 25人

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 薩摩川内市（甕島地区は除く）、さつま町（旧宮之城町阿久根市の区域とする）。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日	祝祭日	但し12/29～1/3休み
受付時間	月～土	8：20～17：20	祝祭日 8：20～17：20
提供時間	月～土	9：30～15：45	祝祭日 9：30～15：45

4. 職員配置の状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービス及び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。

〈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。

職 種	常勤換算		指定基準
1. 事業所長〈管理者〉	兼務	1 名	1 名
2. 介護職員	専従	3.7 名	3 名
3. 生活相談員	専従	1 名	1 名
4. 看護職員	専従	1.3 名	1 名
5. 管理栄養士	専従	1 名	1 名

常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で割った数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、  
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務態勢〉

職 種	勤 務 態 勢
1. 介護職員	勤務時間 8：20～17：20 定員に対して原則として4名の介護職員が勤務します。
2. 看護職員	勤務時間 8：20～17：20 定員に対して原則として1名の看護職員が勤務します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用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) 利用料金の金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〉

#### ☆ 共通的服务

- ・ 契約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） 11：55～12：30

##### ② 送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、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外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

#### ☆ 選択的サービス（生活機能向上グループ活動）

##### ① 生活機能向上グループ活動

- ・ 利用者様の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動

### 〈サービスの利用頻度〉

☆ 利用する曜日や内容等については、介護予防サービス計画にそいながら、ご契約者と協議の上決定し、介護予防通所介護計画書に定めます。

☆ ただし、契約者の状態の変化、介護予防サービス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（遺戒あたり）〉（契約書第 6 条査証）

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。

#### ☆ 基本サービス

1 ご契約者の要支援度とサービス利用料金	要支援 1 21,150円	要支援 2 42,360円
2, 介護保険から給付される金額	19,035円	38,124円
3. サービス利用に係る自己負担額	2,115円	4,236円

#### ☆ 生活機能向上グループ活動加算とサービス提供体制加算

1. サービスの種類 利用料金	生活機能向上グループ活動 1,000円	提供対制加算 1 240円	提供体制加算 II 480円
2. 介護保険から			

の給付金額	900円	216円	432円
3. サービス利用 の自己負担額	100円	24円	48円

☆処遇改善加算（I）ひと月につき所定単位×19/1000

☆ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要支援認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます（償還払い）。また、介護予防サービス計画が作成されていない場合で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。

☆ ご利用者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。

☆ 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6条参照）以下のサービスは、利用料金の金額がご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度額を超える介護予防通所介護サービスの利用**

介護保険給付の支給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金額がご契約者の負担となります。

**② 食事の提供にかかる費用**

ご利用者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1食500円

**③ 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：材料代等の実費を頂きます。

**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いただきます。

1枚につき 10円

**⑤ 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利用者の日常生活に要する費用でご契約者（ご利用者）に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。

紙パンツ代：70円 パット代：15円

**⑥ 通常の事業実施区域外への送迎**

通常の事業実施区域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、お住まいと事業所間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

片道20km未満：500円

片道 20 km以上：800円

- ☆ 経済状況の著しい変化のほかやむを得ない事情がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に内容と変更する自由について、変更を行う2ヶ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6条参照〉

前期の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いた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下さい。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア・現金
イ・下記指定口座への振り込み
鹿兒島銀行 東郷代理店 普通預金 2014159

### (4) 利用中止、変更、追加(契約書第7条参照)

- ☆利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加する事ができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所までに申し出て下さい。
- ☆月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防サービス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。
- ☆契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は、介護予防通所介護計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。
- ☆ご契約者の状態の変化により、サービス提供量が介護予防通所介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と長生の上、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。
- ☆月ごとの定額制となっているために、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。
  - 一 月の途中に要介護から要支援に変更となった場合
  - 二 月の途中に要支援から要介護に変更となった場合
  - 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- ☆月途中で要支援度が変更となった場合は、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。
- ☆サービス利用の変更の申し出に対して、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が提供できない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

## 6. 御意見・提案の受付

### (1) 当事業所における御意見やご提案の受付

当事業所における御意見やご相談は以下の専門窓口でお受けいたします。

- ・ 御意見、ご相談受付窓口 (担当者)  
〔職名〕 生活相談員 河野 公寿
- ・ 受付時間 毎週月曜日～土曜日  
8:20～17:20 0996-42-2111

また、御意見、ご相談受付ボックスを事業所内に設置しております。

### (2) 行政機関その他、御意見受付期間

薩摩川内市 東郷支所 (介護保険係)	所在地 〒895-1106 薩摩川内市東郷町斧淵362番地 Tel・FAX Tel0996-42-1111 FAX42-0767 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00
鹿児島県国民健康 保険団体連合会 (介護相談室)	所在地 〒890-0064 鹿児島市鴨池新町7-4 Tel・FAX Tel099-213-0817 FAX099-213-0817 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00
鹿児島県 社会福祉協議会 (福祉サービス支援室)	所在地 〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1-7 県社会福祉センター内5階 Tel・FAX Tel099-257-3875 FAX099-251-5707 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00

## 7. サービス提供における事業者の義務(契約書第9条、第10条参照)

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次の事を遵守します。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご利用者又は代人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連携を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご利用者の心身の状況に異変その他緊急事態(事故)が生じた時は、速やかに主事或いは協力医療機関また、必要に応じ市町村(保険者)・居宅支援事業者及び家族に連絡し、適切な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者は又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。
  - ・ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。
  - ・サービス担当者会議など、ご利用者に関わる他の居宅支援事業者との連携を図るなど正当な理由がある場合には、ご利用者又は、その家族等の個人情報を用いる場合があります。

## 8. その他（お願い）

当事業所内への利用料金以外の金銭及び食べ物の持ち込みは御遠慮下さいませ。

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。

とうごう苑デイサービスセンター

生活相談員 氏名 河野 公寿 印

私は、本書面に基づいて事業所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 薩摩川内市

氏名 印

利用者家族住所

続柄（ ）氏名 印