

# 重要事項説明書（通所介護）

通所介護サービスの契約締結にあたっては、「通所介護重要事項説明書」に基づいて説明を受け、その内容についてご確認のうえ、同意される場合は、当該書類に署名若しくは記名捺印をお願いいたします。

なお、心身の状況により、署名等又はご判断等に支障がある場合は、ご家族又は成年後見人等の方が代理で署名若しくは記名捺印等の契約手続きをお願いいたします。

## 1. サービスの提供主体

| 通所介護事業者 |                              |
|---------|------------------------------|
| 名 称     | アイバサンケイ株式会社                  |
| 代 表 者   | 中内 孝利                        |
| 所 在 地   | 〒327-0003 栃木県佐野市大橋町 3204 番 3 |
| 電 話 番 号 | 0283-25-8721                 |

## 2. 事業所運営の基本方針

要介護状態となった場合においても、ご利用者が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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう努めます。

## 3. 通所介護サービスを提供する事業所の概要

栃木県より指定通所介護事業所の指定を受け、次の体制のもとに通所介護サービスを提供いたします。

### (1) 通所介護サービス事業所の指定番号及びサービス提供地域

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| 事 業 所 名     | デイサービスセンター陽向佐野               |
| 所 在 地       | 〒327-0003 栃木県佐野市大橋町 3204 番 3 |
| 介護保険指定番号    | 指定通所介護事業所（0970402277）号       |
| 通常のサービス提供地域 | 佐野市、足利市                      |

### (2) 営業時間及びサービスの提供相談窓口連絡先

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| 電 話 番 号 | 0283-25-8721                    |
| 営 業 時 間 | 月曜日～日曜日／午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 |
| 定 休 日   | なし                              |

### (3) 事業所の職員体制(人数)

| 職 種     | 資 格      | 人 員 |     |    |
|---------|----------|-----|-----|----|
|         |          | 常勤  | 非常勤 | 合計 |
| 管理者     |          | 1   |     | 1  |
| 生活相談員   | 介護福祉士    | 2   |     | 2  |
|         | 社会福祉主事任用 |     |     |    |
| 機能訓練指導員 | 看護師      |     |     | 1  |
|         | 准看護師     | 1   | 1   | 1  |
| 事務職員    |          |     |     |    |
| 看護・介護職員 | 看護師      |     |     | 1  |
|         | 准看護師     | 1   | 1   | 1  |
|         | 介護福祉士    | 1   |     | 1  |
|         | 1～2級修了者  | 1   | 2   | 3  |
|         | その他      | 1   | 1   | 2  |
| その他の従業者 |          |     |     |    |
| 合 計     |          | 7   | 4   | 11 |

※看護職員の配置には訪問看護事業所へ業務委託契約により、配置される場合があります。

#### (4) 事業所の設備等

定員: 25 人／日

食堂・機能訓練室(75. 24 m<sup>2</sup>) 静養室(9. 93 m<sup>2</sup>) 相談室(8. 23 m<sup>2</sup>)

浴室(一般浴・機械浴 22. 35 m<sup>2</sup>)

送迎車両……送迎車両 2 台

## 4. サービス内容

通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、口腔機能向上、アクティビティその他必要な介護サービスを提供いたします。

## 5. 通所介護サービスの利用料

### (1) 自己負担額

利用料は、介護保険法の定める介護報酬の額をもとに計算され、通所介護サービス費用の利用者負担割合に応じた額となります。

### (2) 利用料の変更

介護保険法等の改正により、利用料が変更になる場合は、文書等でお知らせします。

### (3) 利用料の金額例

ご負担いただく具体的な金額については、別紙でご確認ください。

### (4) 要介護認定前のサービスの実施

要介護認定の申請日以降、要介護認定前でもサービスをご利用できます。但し、認定結果によって利用額が利用限度額を超えた場合、その超えた金額は、ご利用者に負担していただくことになります。

### 通所介護利用料(介護保険適用部分)

|               |                |          |          |          |          |          |
|---------------|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 基本<br>利用<br>料 | 3時間以上4時間未満利用   |          |          |          |          |          |
|               |                | 要介護1     | 要介護2     | 要介護3     | 要介護4     | 要介護5     |
|               | 1割負担           | 370円/回   | 423円/回   | 479円/回   | 533円/回   | 588円/回   |
|               | 2割負担           | 740円/回   | 846円/回   | 958円/回   | 1,066円/回 | 1,176円/回 |
|               | 3割負担           | 1,110円/回 | 1,269円/回 | 1,437円/回 | 1,599円/回 | 1,764円/回 |
|               | 4時間以上5時間未満利用   |          |          |          |          |          |
|               |                | 要介護1     | 要介護2     | 要介護3     | 要介護4     | 要介護5     |
|               | 1割負担           | 388円/回   | 444円/回   | 502円/回   | 560円/回   | 617円/回   |
|               | 2割負担           | 776円/回   | 888円/回   | 1,004円/回 | 1,120円/回 | 1,234円/回 |
|               | 3割負担           | 1,164円/回 | 1,332円/回 | 1,506円/回 | 1,680円/回 | 1,851円/回 |
|               | 5時間以上6時間未満利用   |          |          |          |          |          |
|               |                | 要介護1     | 要介護2     | 要介護3     | 要介護4     | 要介護5     |
|               | 1割負担           | 570円/回   | 673円/回   | 777円/回   | 880円/回   | 984円/回   |
|               | 2割負担           | 1,140円/回 | 1,346円/回 | 1,554円/回 | 1,760円/回 | 1,968円/回 |
|               | 3割負担           | 1,710円/回 | 2,019円/回 | 2,331円/回 | 2,640円/回 | 2,952円/回 |
|               | 6時間以上7時間未満利用   |          |          |          |          |          |
|               |                | 要介護1     | 要介護2     | 要介護3     | 要介護4     | 要介護5     |
|               | 1割負担           | 584円/回   | 689円/回   | 796円/回   | 901円/回   | 1,008円/回 |
|               | 2割負担           | 1,168円/回 | 1,378円/回 | 1,592円/回 | 1,802円/回 | 2,016円/回 |
|               | 3割負担           | 1,752円/回 | 2,067円/回 | 2,388円/回 | 2,703円/回 | 3,024円/回 |
|               | 7時間以上8時間未満利用   |          |          |          |          |          |
|               |                | 要介護1     | 要介護2     | 要介護3     | 要介護4     | 要介護5     |
|               | 1割負担           | 658円/回   | 777円/回   | 900円/回   | 1,023円/回 | 1,148円/回 |
|               | 2割負担           | 1,316円/回 | 1,554円/回 | 1,800円/回 | 2,046円/回 | 2,296円/回 |
|               | 3割負担           | 1,974円/回 | 2,331円/回 | 2,700円/回 | 3,069円/回 | 3,444円/回 |
|               | 8時間以上9時間未満利用   |          |          |          |          |          |
|               |                | 要介護1     | 要介護2     | 要介護3     | 要介護4     | 要介護5     |
|               | 1割負担           | 669円/回   | 791円/回   | 915円/回   | 1,041円/回 | 1,168円/回 |
|               | 2割負担           | 1,338円/回 | 1,582円/回 | 1,830円/回 | 2,082円/回 | 2,336円/回 |
|               | 3割負担           | 2,007円/回 | 2,373円/回 | 2,745円/回 | 3,123円/回 | 3,504円/回 |
|               | 入浴介助加算(Ⅰ)      |          |          |          |          |          |
|               | 40円/回          |          |          |          |          |          |
|               | 同一建物減算         |          |          |          |          |          |
|               | -94円/回         |          |          |          |          |          |
|               | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) |          |          |          |          |          |
|               | 所定単位数の9%       |          |          |          |          |          |

※上記の額は、利用 1 回当たりの介護報酬告示上の通常規模型通所介護の単位であり利用者に負担いただく1

割又は2割又は3割相当の金額です。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1月あたりの料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を添付して、各市区町村の窓口へ請求すると、9割ないし8割ないし7割の還付が得られます。

※送迎費用は、上記金額に含まれます。ただし、送迎実施地域以外は概ね10km未満500円ご負担いただきます。

※介護職員処遇改善加算は、区分支給限度額の算定対象から除外されることになります。

※介護保険適用部分以外の実費を負担いただくのは、以下のとおりとなります。

| 項 目    | 金 額     |
|--------|---------|
| 食事代    | 540 円／食 |
| 活動材料費  | 実費      |
| おむつ代   | 150 円／枚 |
| 資料等複写代 | 実費      |

## 6. サービスの利用を中止する場合のキャンセル料

利用予定の前日までに申し出がなく、また当日になっても利用の中止の申し出がない場合でも、キャンセル料は発生しません。

## 7. 健康上の理由によるサービスの中止

- (1)風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- (2)当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更またはサービスを中止することがあります。
- (3)サービスご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

※サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。

ただし、定員数分の予約が入っている日には、振り替えることができませんので、ご了承ください。

## 8. 利用料の支払い方法

毎月10日までに、前月分の請求書を送付いたしますので、あらかじめ指定していただいた金融機関の口座から、毎月(利用月の翌月)27日に口座振替の方法か、毎月(利用月の翌月)20日までに所定の銀行口座へ振り込んでいただく方法でお支払いください。

## 9. サービスのご利用方法

### (1)サービスの利用及び契約

直接相談窓口に来ていただくか、相談窓口の電話番号にお電話ください。ご利用者ご本人、ご家族に来所していただき、サービス内容をご説明し、活動の様子を見学していただきます。サービス提供の依頼を受けた後、事業所の職員がご自宅に伺い、重要事項や介護保険制度のご説明後に「通所介護契約」の締結を行い、通所介護サービスの提供を開始させていただきます。但し、要介護認定を受けておられない場合又は居宅介護支援契約が未了の場合は、要介護認定の手続き又は居宅介護支援契約の締結についてご支援をいたします。

### (2)契約の開始及び期間

契約は、「通所介護契約」の締結日以降に到来する居宅サービス計画に基づくサービス実施日が開始日となり、ご利用者の要介護状態区分の有効期限が満了する日をもって終了いたします。但し、ご利用者から、終了することのお申し出がない場合には、次の要介護状態区分の有効期間満了日まで自動的に更新されます(以後も同様の取扱いとなります)。

### (3) 契約の終了

#### ア. ご利用者のご都合で契約を終了する場合

契約の解約について、事業所窓口にご連絡ください。事業所より解約の書類を送付させていただきますので、お手数ですが必要事項をご記入のうえ、ご返送ください。

#### イ. 事業所のご都合で契約を終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、ご利用者への通所介護サービスの提供を終了させていただく場合には、終了する 1 ヶ月前までに事業所より、文書でお知らせするとともに、サービスが中断しないよう、地域の他の通所介護事業者を紹介させていただく等の必要とする支援を行います。

#### ウ. 自動終了となる場合

次の場合は、自動的に契約は終了となりますのでご了承ください。

- ① 居宅サービス計画において、通所介護サービスの位置付けが無くなった場合。
- ② ご利用者の希望によりご利用者が介護保険施設に入所された場合。
- ③ ご利用者の要介護認定区分が要介護から要支援 2 又は要支援 1、事業対象者若しくは自立（非該当）と認定された場合。要支援2又は要支援1、事業対象者と認定された場合は、第 1 号通所事業の契約を締結することにより、第 1 号通所事業サービスを受けることができます。
- ④ ご利用者がお亡くなりになられたとき。

#### エ. その他

- ① 当事業所は、正当な理由がなく、通所介護サービスの提供を拒否することはありません。  
ただし、次の場合は、通所介護サービスを中止させていただくとともに、ただちに保険者（市区町村）に連絡いたします。
  - ・介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わない等により、要介護状態等の悪化をもたらす場合。
  - ・偽りその他の不正行為によって保険給付を受け、または受けようとした場合。
- ② ご利用者がサービス利用料金の支払いを 2 ヶ月以上遅延し、催促したにもかかわらず 30 日以内に支払わない場合、またはご利用者及びご家族が当事業所やその従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、ただちにサービスを終了させていただく場合があります。

### (4) 介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携

サービスの提供にあたり、担当の介護支援専門員との緊密な連携を図り、より良いサービスを提供いたします。また、ご利用者がケアプランの変更を希望される場合は、速やかに担当の介護支援専門員に連絡し、調整いたします。

## 10. 個人情報の保護

### (1) 情報の保護および利用の制限

当事業所は、業務上知り得たご利用者及びご家族等の個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らすことはいたしません。

ただし、ご契約に基づくサービスを提供するうえで必要な場合、「個人情報使用同意書」に定められた範囲内で必要な情報を提供させていただきますので、予めご理解ください。

### (2) 個人情報の利用目的の変更

次に記載される事項に該当する場合は、必要とされる情報を提供するとともに、利用目的の変更についてご連絡いたします。

#### ア. 法令に基づく場合

イ. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要であって、事前に同意を得ることが困難であるとき

ウ. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある、ご利用者の同意を得ることにより、当該事務の遂行に支障を及ぼすと判断したとき

### (3) 守秘義務の継続

守秘義務は、ご利用者と事業者の契約が終了した後も遵守いたします。

## 11. 緊急時及び事故発生時の対応

### (1) サービスの提供中に、ご利用者の容体の変化等があった場合は、医療機関及びご家族並びに必要と判断され

る関係者等に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

- (2) ご利用者に対するサービスの提供に関して事故が発生した場合には、直ちに利用者又はご家族にご連絡いたします。合わせて、保険者(市区町村)にも連絡し、事故の原因を解明するとともに再発を防ぐための対策を講じます。
- (3) 事業所は、サービス提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

## 12. サービス内容に関する相談・苦情等の対応体制

- (1) 次の事項について、ご相談や苦情等がある場合、事業所の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

ア. 事業所が提供するサービスについて

イ. 居宅サービス計画に基づいて提供している各種サービスについて

- (2) 営業時間及びサービスの提供相談窓口連絡先

|      |                                 |        |              |
|------|---------------------------------|--------|--------------|
| 所在地  | 〒327-0003 栃木県佐野市大橋町 3204-3      |        |              |
| 電話番号 | 0283-25-8721                    | FAX 番号 | 0283-25-8722 |
| 営業時間 | 月曜日～日曜日／午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 |        |              |
| 担当   | 西澤                              |        |              |

- (3) 当事業所窓口以外でも、ご相談や苦情などについて下記の窓口でも受け付けています。

|                                     |      |                                                       |
|-------------------------------------|------|-------------------------------------------------------|
| 栃木県保健福祉部<br>高齢対策課                   | 所在地  | 宇都宮市埴田1-1-20 県庁舎本館4階                                  |
|                                     | 電話番号 | 028-623-3148                                          |
|                                     | 受付時間 | 午前 9 時～午前 12 時 午後 1 時～午後 4 時 30 分<br>(土・日・祝日、年末年始は休業) |
| 栃木県国民健康保険<br>団体連合会<br>介護福祉課介護サービス担当 | 所在地  | 宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル6階                                 |
|                                     | 電話番号 | 028-643-2220                                          |
|                                     | 受付時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時<br>(土・日・祝日、年末年始は休業)                |
| 佐野市<br>介護保険課                        | 所在地  | 佐野市浅沼町798                                             |
|                                     | 電話番号 | 0283-20-3022                                          |
|                                     | 受付時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時<br>(土・日・祝日、年末年始は休業)                |

- (4) 相談・苦情対応方法

- ア. 相談・苦情のお申し出があったときは、お申し出の内容について、真摯に受け止め、懇切丁寧に対応いたします。
- イ. お申し出内容につきましては、正確に把握するために、ご利用者の自宅にお伺いし、関係する方々に直接確認を行う場合がありますのでご了承ください。
- ウ. 対応結果につきましては、文書又は口頭で回答させていただきます。なお、必要に応じて、市区町村に報告いたします。

## 13. 非常災害対策

- ①事業所に災害対策に関する担当者(防火管理者)を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

## 14. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

【虐待防止に関する担当者：管理者 西澤 健人】

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業員に対して、虐待防止を啓発するための研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(現に養護している家族・親族同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 15. 第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。