

第1号通所事業重要事項説明書

あなた（利用者）に対する第1号通所事業の提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 慈誠会
主たる事務所の所在地	〒329-0319 栃木市藤岡町中根355番地2
代表者（職名・氏名）	理事長 西村 宏美
設立年月日	平成2年10月1日
電話番号	0282-67-3922

2. 事業所の概要

事業所の名称	特別養護老人ホーム緑風苑	
サービスの種類	通所介護相当サービス 緩和した基準による通所型サービス	
事業所の所在地	〒329-0319 栃木市藤岡町中根355番地2	
電話番号	0282-67-3922	
指定年月日・事業所番号	平成12年2月15日指定	0972300313
実施単位・利用定員	1単位 10.14円	定員25人(緩和型5名含む)
通常の事業の実施地域	栃木市、小山市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、第1号通所事業を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状態や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

緩和した基準による通所型サービスには入浴がありません。食事は希望することにより、提供は出来ません。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、1月1日から1月3日を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時30分まで 延長時間は、ご相談に応じます。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	2人以上（うち1人以上常勤）
看護職員	1人以上
介護職員	4人以上
機能訓練指導員	1人以上(兼務)

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 黒須 路人
管理責任者の氏名	管理者 河田 加代子

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割（一定所得以上の方は2割）の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業・通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算、減算の合計の額となります。

【基本部分：通所介護相当サービス】

利用者の要介護度	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者 要支援1	1,798	21,324円	2,133円	3,357円	6,398円
事業対象者 要支援2	3,621	42,486円	4,265円	8,498円	12,746円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(2) 緩和した基準による通所型サービスの利用料・・・基本部分の額となります。

【基本部分：基準緩和通所型サービス】

利用者の 要介護度	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援1相当	1,438	14,581円	1,459円	2,917円	4,375円
要支援2相当	2,897	29,375円	2,938円	5,875円	8,813円

(注5) 入浴の提供はありません。食事は希望により提供が可能です。

送迎はあります。

(3) その他の費用

食費(おやつ代含む)	食事の提供を受けた場合、1回につき600円の食費をいただきます。
教養娯楽費	1回につき50円をいただきます。
日用品費	1回につき50円をいただきます。
連絡帳代	1冊ごとに250円をいただきます。
連絡帳入れ	1袋につき100円をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、テープ止めおむつ・リハビリパンツ1枚につき110円、パット55円の実費をいただきます。
洗濯代	1ネットにつき500円をいただきます。
理美容代	1回あたり1,500円(カット要予約)いただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。

(4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、通所介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の10%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の50%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

(5) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1か月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、10日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 足利銀行 間々田支店 普通口座 366097 口座名義人 社会福祉法人慈誠会特別養護老人ホーム緑風苑施設長河田加代子

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の栃木市藤岡地域包括支援センター及び栃木市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0282-67-3922 当事業所の事務室
---------	-------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	栃木市保健福祉部 地域包括ケア推進課 介護保険係	所在地 栃木市万町9番25号 電話番号 0282-21-2251 受付時間 8:30~17:15
	国民健康保険団体連合会	所在地 宇都宮市本町3番9号合同ビル6F 電話番号 028-622-7242 受付時間 8:50~17:00
		所在地 栃木市藤岡町藤岡810

	栃木市社会福祉協議会	電話番号 0282-62-5861 受付時間 8:30~17:00
--	------------	--------------------------------------

1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の栃木市地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1 3. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 栃木市藤岡町中根 3 5 5 番地 2

事業者（法人）名 社会福祉法人 慈誠会

代表者職・氏名 理事長 西村 宏美 印

説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 印