

ひまり

通所介護及び総合事業・介護予防通所介護重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(秋田県指定 第 0572810273 号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービス及び介護予防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通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「事業対象者」「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだう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	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
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	3
6. 苦情の受付について	5

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------------|
| (1) 法人名 | 株式会社 横堀温泉 紫雲閣 |
| (2) 法人所在地 | 秋田県湯沢市横堀字小正寺 16 番地 1 |
| (3) 代表者氏名 | 代表取締役 安藤誠一郎 |
| (4) 設立年月 | 昭和 59 年 7 月 2 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16年10月15日指定
秋田県0572810273号
※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介護員等処遇改善加算（Ⅰ）
 - ②サービス提供体制強化加算（Ⅰ）
 - ③入浴介助加算（Ⅰ）
 - ④個別機能訓練Ⅰイ、ロ・Ⅱ（要介護）
 - ⑤科学的介護推進体制加算
 - ⑥若年性認知症利用者受け入れ加算
- (2) 事業所の目的
指定通所介護施設は、介護保険法令に従いご利用者と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支援することを目的として、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、通所介護サービス、総合事業・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 ひまり
- (4) 事業所の所在地 電話番号 秋田県湯沢市横堀字小正寺16番地1 0183-78-6076
- (5) 管理者氏名 佐藤 晶子
- (6) 当事業所の運営方針
当施設では、要介護状態となった場合においても、その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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることができるように努めます。
- (7) 開設年月 平成16年10月15日
- (8) 利用定員 60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 湯沢市・横手市・羽後町
- (2) 営業日及び営業時間

営業日・サービス提供時間	月曜日～日曜日	9:20～16:20
電話対応等受付時間	月曜日～日曜日	8:30～17:30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防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（兼務もあり）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	職員配置状況	指定基準
1. 管理者	1	1名
2. 介護職員	18	10名
3. 生活相談員	4	1名
4. 看護職員	4	1名
5. 機能訓練指導員	4	1名

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、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(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、条件による）が介護保険から給付されます。

☆加算対象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。

〈サービスの概要〉

☆共通的服务

①食事の介助（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

- ・ 食事の準備、介助を行います。
- ・ 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。（食事時間）12：00～13：00

②入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。機械浴槽を使用して入浴することもできます。

③ 排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

※ 入浴、排泄での介助は異性介助になる場合があります。

④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。

☆選択的加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、追加料金をご負担いただきます。

<要介護の方>

① 個別機能訓練Ⅰイ、ロ・Ⅱ

利用者のニーズ・日常生活や社会生活などにおける役割、及び心身の状態に応じた機能訓練指導員により数種のメニューから選択して訓練を実施します。

(ただし、機能訓練指導員の人員配置により「個別機能訓練Ⅰイ」の算定となる場合もございます)

(サービス利用料金 (1回あたり)) (契約書第6条参照)

付属別紙の「サービスご利用料金表」によって、ご契約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) をお支払い下さい。(上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度、介護保険負担割合証に応じて異なります。)

☆ご契約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金額をいったんお支払いいただきます。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、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。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は実費負担となります。(下記(2)①参照)

☆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、ご契約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、第6条参照) *

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

① 食事の提供にかかる費用

ご契約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回あたり850円

② レクリエーション活動

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：材料代等の実費をいただきます。

③ 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

④ 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契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代等：実費

☆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) 利用の中止、変更、追加 (契約書第7条参照)

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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ことができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

○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の申し出をされた場合、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。但しご契約者の体調不良等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	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、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の提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について (契約書第20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 (担当者) [職名] 生活相談員 木村 和志、山谷 静

○受付時間 毎週月曜日～日曜日 9:30～17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

湯沢市役所本庁舎 介護保険担当課	所在地 湯沢市佐竹町 1-1 電話番号 (0183) 73-2111 受付時間 9:00～17:00
湯沢市役所雄勝庁舎 介護保険担当課	所在地 湯沢市横堀字下柴田 39 電話番号 (0183) 52-2111 受付時間 9:00～17:00
秋田県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 秋田市山王四丁目 2 番 3 号 電話番号 (018) 862-6864 受付時間 9:00～17:00

指定通所介護サービス（総合事業・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。

指定通所介護事業所 ひまり

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

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、指定通所介護サービス（介
護予防通所介護）サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者住所 _____

氏名 _____ 印

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 印

(続柄 _____)

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号第8条の規定に基づき、利用申込者はその家
族への重要事項説明のために作成したものです。