

『指定通所介護及び指定介護予防通所介護』
重要事項説明書

マスククデイサービス

法人名 有限会社 増徳

所在地 真岡市田町1556-1

電話 0285-82-8098

代表者 代表取締役 増山 剛

1. 事業の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	マストクデイサービス
所在地	真岡市田町1556-1
電話／FAX	0285-82-8098
介護保険事業所番号	栃木県 0970900460 号
通常のサービス提供地域	真岡市、益子町、市貝町 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください。

(2) 営業時間及び休業

営業時間	月曜日～土曜日の午前 8:30 ～ 午後 5:30
休日	日曜日、12月31日～1月3日、

(3) 職員体制

職種	員数
管理者	1名
看護職員	3名以上
生活相談員	4名以上
介護職員	5～7名以上
機能訓練指導員	4名以上

(4) 利用定員 22名

2. サービス内容

計画に沿って、必要な支援・介護等を行います。

(1) 身体介護

日常生活動作の程度により、必要な支援及びサービスを提供する。

- ① 排泄の介助 ② 移動、移乗の介助 ③ その他必要な身体の介護

(2) 入浴（希望）

家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する。

- ① 衣類着脱の介助 ② 身体の清拭、洗髪、洗身 ③ その他必要な入浴の介助

(3) 食事

給食を希望する利用者に対して、必要な食事サービスを提供する。

- ① 食事の準備、配膳下膳の介助 ② 食事摂取の介助 ③ その他必要な食事の介助

(4) アクティビティ・サービス

利用者が、生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることができるよう、アクティビティ・サービスを実施する。これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障害の受容、心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒安定を図る。

- ① レクリエーション ② 音楽活動 ③ 行事的活動 ④ 制作活動

(5) 送迎

障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者については必要な支援、サービスを提供する。

- ① 移動、移乗動作の介助 ② 送迎

(6) 相談、助言

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。

- ① 日常生活動作や具体的な介護方法に関する相談・助言

- ② 自助具や福祉機器、住宅環境の整備に関する相談・助言
- ③ 疾病や障害に関する理解を深めるための相談、助言
- ④ その他在宅生活全般にわたる必要な相談・助言

(7) 機能訓練に関すること

必要に応じて行う

- ① 利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、心身の状況に応じた機能訓練（要介護）
- ② 利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した機能訓練（要介護）
- ③ 運動器の機能向上を目的とした機能訓練（要支援）

(8) 生活機能向上グループ活動（要支援）

利用者の生活機能の向上を目的として日常生活上の支援のための活動を行う。

(9) 口腔ケア

口腔機能の向上を目的として、個別的に口腔清掃及び摂食・嚥下機能訓練を指導・実施する。

(10) 若年性認知症ケアに関すること

利用者ごとに個別の担当を定め、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う。

3. 利用料金

(1) 利用料

① 指定通所介護及び指定介護予防通所介護サービスを提供した場合の利用料は、介護保険の適用を受ける場合、原則として基本料金の1割、2割、3割を年収によりそれぞれご負担いただきます。

② 提供を受ける通所介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をご負担いただきます。

③ 介護保険の給付対象とならないサービス

- 一 事業の実施地域を越えて指定通所介護及び指定介護予防通所介護サービスを行った場合は、それに要した実費の交通費をいただきます。

＜自動車の場合＞

実施地域を越えた地点から10km未満は100円とします。以後2km毎に100円を加算します。

- 二 食事を利用した場合は、次の利用料をいただきます。

＜普通食＞

610円（おやつ代 含む）

＜刻み食・流動食 他＞

670円

- 三 指定通所介護にかかるオムツ代は、次の金額を徴収します。

リハビリパンツ代 120円

パット代 50円

- 四 本人希望による材料代等については、次の金額を徴収します。

湿布 大サイズ 100円

湿布 小サイズ 50円

シート 10円

パーミロール 10cm 30円

- 五 アクティビティの備品代として、毎月 250円を徴収します。

(2) キャンセル料金

お客さまのご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

（連絡先：マストクデイサービス TEL0285-82-8098）

（ 増山整骨院 TEL0285-82-6865）

① ご利用日の前々営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無 料
② ご利用日の前々営業日の17時までにご連絡がなかった場合	食材費 380円

(3) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月 15 日までに当月分の料金を請求いたしますので、27 日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

4. 送迎

送迎時間は、ご相談ください。確定時間については電話でお知らせします。送迎人員等により、時間が前後することがあります。確定時間に変更がある場合には電話にてお知らせいたします。また、悪天候等により、変更する場合にも電話連絡をいたします。

5. 鍵の処理

お申し出があった場合は、ご自宅の施錠・開錠を実施します。原則として、鍵の保管はご利用者さまにお願いします。なお、ご依頼があれば、鍵のお預かりもいたします。

6. 秘密保持と個人情報の保護について

(1) 事業所は、ご利用者さまの個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

(2) 職員は、業務上知り得たご利用者さま及びそのご家族さまに関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密義務は、解約後も同様です。

(3) 事業所は、ご利用者さまの医療上緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議等において個人情報をを用いる場合は、ご利用者さま又はそのご家族さまの同意をあらかじめ文書により得た上で必要な範囲で行います。

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。職員がお伺いいたします。通所介護計画・介護予防通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

(2) お問い合わせ・見学申込

お問い合わせ・ご意見・ご要望はご遠慮なくご連絡ください。

当事業所の見学を受け付けています。こちらもご遠慮なくお申し込みください。

(3) サービスの終了

① お客さまのご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了 1 ヶ月までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・ お客さまが介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客さまの要介護・要支援認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
- ・ お客さまがお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者さまやご家族さまなどに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、ご利用者さまやご家族さまなどは文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ ご利用者さまやご家族さまなどが、サービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 10 日以内に支払わない場合、またはご利用者さまやご家族さまなどが、当事業所や職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、当事業所により文書で通知することにより、

即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ 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。その場合ご家族さまに連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他のご利用者さまの健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告をお願いします。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

8. 事故発生時の対応

- (1) ご利用者さまに対する指定通所介護・介護予防通所介護のサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行います。
- (3) 当事業所は、利用者に対する指定通所介護・介護予防通所介護のサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行いません。なお、損害賠償は、サービス提供における事業者側の過失を原因として事故が発生した場合に実施するものです。

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、介護支援専門員・地域包括支援センター等へ連絡をいたします。

10. サービス内容に関する相談・苦情

当事業所の通所介護に関するご相談・苦情を承ります。各市区町村でも受け付けております。

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

受付時間 月曜日～土曜日
午前8時30分～午後5時30分まで
電話番号 0285-82-8098
0285-82-6865
責任者 役職 管理者
氏名 神田 正枝

〈行政機関等その他の苦情受付機関〉

受付時間：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時00分

名 称	真岡市高齢福祉課 介護保険係
住 所	栃木県真岡市荒町5191番地
電話番号	TEL0285-83-8094 FAX0285-83-8554
名 称	益子町健康福祉課 介護保険係
住 所	栃木県芳賀郡益子町大字益子2030番地
電話番号	TEL025-72-8852 FAX0285-70-1141
名 称	栃木県国民健康保険団体連合会
住 所	栃木県宇都宮市本町3番9号 栃木県本町合同ビル6階
電話番号	TEL028-643-2220 FAX028-643-5411

同意書

指定通所介護及び介護予防通所介護事業サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の
交付・説明を行いました。

説明年月日 令和 年 月 日

事業者 ＜所在地＞ 栃木県真岡市田町1556-1

＜名 称＞ マストクデイサービス

<代表者> 増山 剛

印

＜説明者＞ マストクデイサービス

氏 名 印

私は、本書面に基ついて、事業者から重要事項の交付・説明を受け、指定通所介護及び介護予防通所介護事業サービスの提供開始に同意しました。

確認年月日 令和 年 月 日

＜ご利用者さま住所＞

< 氏 名 > 印

私は、本人の意思を確認し、本人に代わり上記署名を行いました。

< 署名代行者住所 >

< 氏 名 > 印

本人との関係 ()

署名代行理由 ()

指定通所介護及び介護予防通所介護事業所における個人情報使用同意書

私およびその家族の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

----- 記 -----

1. 使用する目的
医療上緊急の必要がある場合や介護保険法に関する法令に従い、当事業所の介護計画に基づき、サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合
2. 使用にあたっての条件
 - ① 情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
 - ② 事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。
3. 個人情報の内容（例示）
 - ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他の一切の利用者や家族個人に関する情報。
 - ・ その他の情報
4. 使用する期間
契約締結日から契約終了日までの間。

以 上

令和 年 月 日

ご利 用 者さま 住所 _____

氏名 _____ 印

ご利用者さまご家族代表 住所 _____

氏名 _____ 印

上記以外の代理人さま 住所 _____

氏名 _____ 印

事業者 ： マストクデイサービス （代表者） 増山 剛

＜説明者氏名＞ _____