

通所介護重要事項説明書

1 サービスの内容

- (1) 「通所介護サービス」は、特別養護老人ホーム湘南ベルサイド（以下事業者）が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。
- (2) 事業者は、次の施設及び日程によりサービスを提供します。
- (3) サービス提供にあたっては、別添の「通所介護計画書」に沿って計画的に提供します。

サービス提供 を行う施設	所在地	茅ヶ崎市中島 7 3 6 - 1		
	名称	社会福祉法人 かがやき	電話	0467-57-3328

	曜日	時間帯	内 容（概要）
1)	月曜日	9：05～16：10	
2)	火曜日	9：05～16：10	
3)	水曜日	9：05～16：10	
4)	木曜日	9：05～16：10	
5)	金曜日	9：05～16：10	
6)	土曜日	9：05～16：10	

2 サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定めた「通所介護記録書」(別添記録書例を参照)等の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。
- (2) 事業者は、一定期間ごとに、「通所介護計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「通所介護記録書」その他の記録を作成(完成)して、利用者に説明のうえ交付（するとともに、居宅介護支援事業者に提出）します。

- (3) 事業者は、前記「通所介護記録書」その他の記録を作成完了後 2 年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

3 サービス提供に関する相談等

サービス提供の相談窓口は、次のとおりです。サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

責任者 氏名：海野 連絡先（電話）：0467-57-3328

苦情相談窓口

湘南ベルサイド	氏名：新門	(連絡先：同上)
茅ヶ崎市 福祉部介護保険課給付担当		0467-81-7164
神奈川県国民健康保険団体連合		045-453-6221

4 利用者負担金

- (1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、次表のとおりです。
- (2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。（*又は、介護保険の法定利用料の範囲内で当社が設定した金額です。）
- (3) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険以外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）
- (4) 利用者負担金は、引落しでお支払いいただきますので、よろしくお願ひします。尚、ご指定金融機関の口座引き落としもお取り扱いいたします。
(引き落としは、ご利用翌月 27 日)
- (5) 次の各号に掲げる経費については、実費相当分をご負担いただきます。
- ① 食事代（食材料費）
 - ② おむつ代（こちらで用意した場合にのみ実費をいただきます。）
 - ③ 特別な経費のかかるレクリエーションに参加された場合、事前に利用者に説明したうえで、ご負担いただくことがあります。
 - ④ 利用者の希望によって提供する日用品費、教養娯楽費及び利用者の嗜好にかかる経費等。

⑤ 当日のキャンセルに限り、キャンセル料 500 円をご負担いただきます。

_____様 の一日あたりの

利用者負担額及び利用者負担実費の合計は、_____円 となります。

5 その他

(1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

サービス契約に当たり上記のとおり説明します。

令和 年 月 日 (事業者) 所在地 茅ヶ崎市 中島 736-1

事業者名 社会福祉法人 かがやき

管 理 者 新門 保恵 印

説明者 海野 恵美子

私は、事業者から説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意し、本書面の交付を受けました。

利用者〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____ 印

代筆者〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____ 印

【 個人情報使用同意書 】

令和 年 月 日

利用者住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代筆者 _____ 印 _____

私(利用者及びその家族)の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。また、本書面の交付を受けました。

記

1. 使用する目的・範囲・期間

- ・ 利用者のための居宅サービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、医療機関等との連絡調整に必要な場合に使用する。
- ・ 利用される介護保険サービス提供事業所及び、医療機関。
- ・ 通所介護サービス提供期間。

2. 使用条件

- ・ 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のものに漏れる事のないよう細心の注意を払うこと。
- ・ 個人情報を使用した会議においては、相手方や内容などの経過を記録する。

(事業者) 所在地 茅ヶ崎市中島 736-1

事業所名 特別養護老人ホーム 湘南ベルサイド