

[重要事項説明書]

平成 30 年 4 月 1 日

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 株式会社 天の川 |
| (2) 法人所在地 | 群馬県伊勢崎市中央町 14 番地 1 |
| (3) 電話番号 | 0270-75-1456 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 長岡 大次郎 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|--|
| (1) 事業所の名称 | デイサービス 天の川きらら |
| (2) 事業所の所在地 | 栃木県足利市江川町 3 丁目 5-4 |
| (3) 電話番号 | 0284-22-3662 |
| (4) 事業所長氏名 | 齋藤 圭子 |
| (5) 事業所の種類 | 通所介護 ・第 1 号通所事業
栃木県 0970202768 号 |
| (6) 開設年月日 | 平成 26 年 10 月 1 日(通所介護)
平成 26 年 10 月 1 日(介護予防通所介護) |
| (7) 利用定員 | 20 名 |
| (8) 利用可能設備等 | 食堂兼機能訓練室 63.00 m ²
相談室、静養室、浴室 |

3. 事業実施地域

- | | |
|--------------|--------------------------------------|
| (1) 事業の実施地域 | ①足利市②太田市③桐生市
通所介護は①②③、第 1 号通所事業は① |
| (2) 営業日 | 月曜日～土曜日 (日曜日 12/31～1/2 を除く) |
| (3) 営業時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 |
| (4) サービス提供時間 | 午前 9 時 00 分～午後 4 時 30 分 |

4. 職員配置状況

- | | |
|-------------|-------------------|
| (1) 管理者 | 1 名 |
| (2) 生活相談員 | 1 名以上 |
| (3) 介護職員 | 2 名以上 |
| (4) 看護職員 | 1 名以上(機能訓練指導員と兼務) |
| (5) 機能訓練指導員 | 1 名以上(看護師と兼務) |

5. 当事業所が提供するサービスの内容

- (1) 食事の提供 … 栄養価を考慮し、季節感ある食事に配慮します。
- (2) 入浴介助 … 手すりや座位式特殊浴槽が設備された浴室にて、介助により安心して入浴していただけます。
- (3) 排泄介助 … トイレ誘導からオムツ交換まで、適切な対応をします。
- (4) 機能訓練 … 個々の身体状況に合わせた機能訓練を行ないます。
- (5) 送迎 … 適切な送迎方法でご自宅まで送迎します。
- (6) レクリエーション … 適度な運動、製作活動等、多岐にわたる余暇活動を提供させていただきます。
- (7) 健康チェック … ご利用ごとの血圧・体温・脈拍の測定、また月 1 回の体重測定により、利用者の健康管理を行ないます。
- (8) 生活相談 … 生活全般にわたる相談、また便利な介護用品の紹介等に応じます。
- (9) その他

6. 利用料金

別紙料金表をご覧ください。

7. 利用料金のお支払い方法

- (1) 現金集金…所定の利用者負担金徴収票をお渡ししますので、次回利用時にお持ち下さい。
- (2) 銀行振込…所定の振込用紙にて指定期日までに最寄りの銀行よりお振り込みいただきます。
- (3) 銀行引落…指定期日に所定の指定口座より、あらかじめ提示した請求金額を引き落としさせていただきます。

以上の3通りの中からご契約の際にお選びください。

8. キャンセル規定

利用者のご都合によりサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

利用日の当日午前 8 時 30 分までにご連絡いただいた場合	無料
利用日の当日午前 8 時 30 分までにご連絡がなかった場合	昼食材料費 550 円

9. 個人情報の取扱い

- (1) 事業者は、利用者からご提供いただいた利用者本人及び家族に関する個人情報を下記の目的以外に利用致しません。

【利用者の個人情報の利用目的】

- ・ 利用者への介護サービス提供
- ・ 介護保険事務
- ・ 利用者のために行なう管理運営業務(利用状況の管理、会計、事故報告等)
- ・ 事業所のために行なう管理運営業務(介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料作成、学生などの自習への協力、職員の教育のために行なう事例研究等)

なお、下記目的のためには、利用者及び家族の個人情報を第三者に提供することがあります。

【利用者の個人情報を第三者へ提供する場合】

- ・ 介護保険事務などの事業所業務の一部を外部事業者へ業務委託を行なう場合
- ・ 他の介護事業者との連携(サービス担当者会議等)、連絡調整が必要な場合
- ・ 利用者の受診にあたり、医師に介護記録やケアプランを提供する場合
- ・ 研修等の実習生やボランティアの受入れにおいて必要な場合
- ・ 損害賠償保険等の請求にかかる保険会社への相談または届出等
- ・ 施設広報誌等の写真の掲示

- (2) 利用者又は代理人が個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等を申し入れることができます。その場合事業者は、可能な限り利用者の希望に沿うようにします。

10. 相談、要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等は下記窓口までお申し出下さい。

- ◇ デイサービス 天の川きらら TEL 0284-22-3662
[受付]月曜日～土曜日 8:30～17:30
[担当]管理者 齋藤 圭子
- ◇ 市町村介護保険相談窓口 足利市 元気高齢課 TEL 0284-20-2136
桐生市 長寿支援課 TEL 0277-46-1111
太田市 介護サービス課 TEL 0276-47-1586
- ◇ 栃木県国民健康保険団体連合会 TEL 028-643-2220
- ◇ 群馬県国民健康保険団体連合会 TEL 027-290-1323

11. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の变化等があった場合は、下記の緊急連絡先に連絡の上必要に応じて、主治医、救急隊、居宅介護支援事業者に連絡いたします。

(1) 緊急連絡先

氏名		続柄	
住所	〒 -		
電話	①	②	

(2) 主治医

医院または病院名		担当医師名	
住所	〒 -		
電話	①	②	

令和 年 月 日

通所介護・第1号通所事業サービスの提供開始にあたり、利用者に対し本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

事業者 (名称) 株式会社 天の川
(代表者名) 代表取締役 長岡 大次郎

事業所 (名称) デイサービス 天の川きらら
(住所) 栃木県足利市江川町3丁目5-4
(説明者) 職務 管理者
氏名 齋藤 圭子 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、通所介護・第1号通所事業サービスの提供開始に合意しました。

利用者 (住所) _____

(氏名) _____ 印

同席者 (住所) _____

または
家族 (氏名) _____ 印

代理人 (住所) _____

または
後見人 (氏名) _____ 印