

通所介護(通常規模型)重要事項説明書

(令和5年4月1日現在)

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0279-25-7253 (9:00~17:30)

FAX 0279-25-7258

担当 生活相談員 福田 利佳子

※ご不明な点は、どんなことでもお尋ねください。

2 デイサービスそれいゆの概要

(1) 当事業の目的

当事業は、介護保険法に基づき指定通所介護事業所として居宅生活の要介護認定者を対象に通所介護計画に基づきサービスを提供し、可能な限りその居宅において有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(2) 提供できるサービス

サービス名	通所介護(通常規模型)
施設名称	デイサービス それいゆ
所在地	群馬県渋川市有馬 939 番地 2
介護保険指定番号	群馬県 1070800782
通常の事業実施対象地域	渋川市・前橋市・吉岡町・榛東村 (通常の事業の実施地域を超えて送迎を行う場合は、1キロあたり10円の交通費)

(3) 職員体制と職務内容

職種	常勤	非常勤	職務内容
管理者	1		事業所の管理
生活相談員		2	相談援助業務
看護職員		2	健康管理業務及び相談

機能訓練指導員		1	機能訓練の実施及び指導
介護職員	2	9	入浴・排泄・食事・口腔ケア等介護業務、レクリエーション実施

(4) 職員のサービス提供時間帯での人員配置

管理者	1	生活相談員	1
看護職員	1	機能訓練指導員	1（週に1度程度）
介護職員	2		

(5) 施設の設備の概要

定員	20名
食堂兼機能訓練室	76.39m
浴室	個浴槽1台・機械浴槽1台
送迎車	2台

(6) 営業時間・サービス提供時間

月曜～日曜日	営業時間：8時30分～17時30分 サービス提供時間：9時～17時
--------	--------------------------------------

※緊急連絡先 0279-25-7253

3 サービス内容と対象

(1) 送迎

利用者様全員の身体状況に合わせた送迎を行います。

(2) 食事の提供

利用者様に合わせた食事の提供を致します。

(3) 入浴介助

入浴希望の方には、身体状況に合わせ、リフト個浴と適切なものを選択し、介助致します。

(4) 機能訓練

利用者様毎に通所介護計画書に基づき、計画的にサービス提供時間を通しての生活動作訓練や時間を設定しての個別・集団訓練等を行います。

(5) レクリエーション

利用者様のお好みに合わせ、創作活動や料理作り、季節レク等を楽しみながら、生活に結びつく活動を取り入れます。

(6) 健康チェック

毎回来所時、ご利用の最初に健康チェックを行い、健康状態を確認し、他のサービス提供に当たらせて頂きます。

(7) その他必要な介護

その他、利用者様個々人の身体・精神的状況に合わせた必要な介護、支援を行い、有意義なお時間をお過ごし頂けるよう支援させて頂きます。

(8) 生活相談等

利用者様の日常生活上の相談を生活相談員が承ります

4 利用料金

(1) 基本利用料金(7時間以上8時間未満)

	1日	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(1割負担)	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(2割負担)	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(3割負担)
要介護1	6,550円	655円	1,310円	1,965円
要介護2	7,730円	773円	1,546円	2,319円
要介護3	8,960円	896円	1,792円	2,688円
要介護4	10,180円	1,018円	2,036円	3,054円
要介護5	11,420円	1,142円	2,284円	3,426円

(2) 入浴費

入浴費用は、1日400円となります。

ただし、介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(1割負担)40円

介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(2割負担)80円

介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(3割負担)120円

(3) 食費

1日 昼食540円 おやつ代100円。

(4) その他

① オムツ代120円、紙パンツ100円、中パット80円、小パット40円

② レクリエーション等にかかる費用は全額自己負担となります。

5 料金のお支払い方法

原則として口座引き落としをお願い致します。毎月、10日過ぎに前月分の利用料をご請求させていただきます。お支払いを確認できましたら、翌月の請求書と一緒に領収書を送付させていただきます。

6 サービス利用契約の終了

(1) 利用者様のご都合によりサービス利用契約を終了する場合

サービス終了1週間前までに、文書でお申し出ください。

(2) 当事業所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頂く場合がございます。その場合は、1か月前までにご連絡致します。

(3) 自動終了

以下の場合、双方に通知がなくても自動的に契約を終了致します。

- ① 利用者様が他の介護保険施設に入所された場合
- ② 利用者様がお亡くなりになられた場合
- ③ 介護保険給付でサービスを受けている利用者様の要介護認定区分が、非該当(自立)・要支援と認定された場合

(4) その他

- ① 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、利用者様・ご家族等に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、また、当法人が破産した場合、利用者様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ② 利用者様が、サービス利用料金の支払いを1か月以上遅延し、料金の支払いを催告したにもかかわらず10日以内にお支払い頂けない場合、利用者様が正当な理由なくサービス中止を再三繰り返した場合、利用者様が入院もしくはご病気等により3ヶ月以上にわたって、サービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、また、利用者様やご家族等が当事業所や当事業所の従業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、文書で通知することにより、即座に契約を終了させて頂く場合がございます。

7 運営方針

利用者様おひとり毎の『個性』と『尊厳』を尊重し、心身機能向上を目指します。また、様々なレクリエーションや個別ケア、趣味の活動を企画し、笑いと活気にあふれた、あたたかいデイサービスを運営していきます。

8 緊急時・事故発生時の対応方法と協力病院に関して

(1) 緊急時・事故発生時の連絡対応方法について

サービス提供中に容態の急変等があった場合、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅支援事業所等へ連絡し必要な措置を講じます。また、サービス提供中の不慮の事故発生時は、前述の連絡に加え、関係市町村・県にも連絡し、連携のもとに必要な措置を講じます。

(2) 緊急時・事故発生時の医療的対応に関して

サービス提供中の急激かつ重篤な容態の変化や不慮の事故等で緊急な医療的対応が必要と事業所が判断した場合、前項に優先し、当事業所の協力病院との連携のもとに必要な措置を講じます。

(3) 事故等による賠償に関して

サービス提供中、当事業所の過失による事故等で利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合、その損害を賠償致します。

(4) 協力病院

北毛病院	0 2 7 9 - 2 4 - 1 2 3 4
みゆきだ内科医院	0 2 7 9 - 6 0 - 6 0 7 0
芳賀歯科医院	0 2 7 - 2 6 9 - 3 0 5 5
うしいけ内科クリニック	0 2 7 - 2 8 9 - 0 8 4 1
有馬クリニック	0 2 7 9 - 2 4 - 8 8 1 8

9 非常災害対応

(1) 災害時の対応

消防計画に則り、対応いたします。また、平常からの設備点検、防災上の指導を行いながら、適切な対応ができるように致します。

(2) 防災設備

火災報知器、消防自動通報システム、消火器（2台）、スプリンクラー

(3) 避難訓練

年2回実施しております。

(4) 防火責任者

栗原 純一

10 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所の相談・苦情受付担当、苦情解決責任者

相談・苦情受付担当 福田 利佳子（生活相談員）

苦情解決責任者 栗原 純一（管理者）

(2) その他

当事業所以外に、行政の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

- ・高崎市役所 0 2 7 - 3 2 1 - 1 1 1 1
- ・前橋市役所 0 2 7 - 2 2 4 - 1 1 1 1
- ・渋川市役所 0 2 7 9 - 2 2 - 2 1 1 1
- ・吉岡町役場 0 2 7 9 - 5 4 - 3 1 1 1
- ・榛東村役場 0 2 7 9 - 5 4 - 2 2 1 1
- ・群馬県国保連合会 0 2 7 - 2 9 0 - 1 3 2 3

1 1 当法人の概要

- (1) 名称・法人種別 株式会社 天の川
- (2) 代表者役職・氏名 代表取締役 長岡 大次郎
- (3) 本社所在地・電話 群馬県伊勢崎市中央町 1 4 - 1
0 2 7 0 - 7 5 - 1 4 7 7

私は、契約書及び本書面にに基づき、事業者より通所介護利用に関しての重要事項の説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 《住所》 _____

《氏名》 _____ 印

代理人 《住所》 _____

《氏名》 _____ 印

通所介護利用開始にあたり、利用者様に対し契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明致しました。

所在地 群馬県伊勢崎市中央町14-1

事業者名 群馬県指定1072200569号
株式会社 天の川

代表者名 代表取締役 長岡 大次郎 印

説明者氏名 _____ 印