

地域密着型 通所介護重要事項説明書

基準日：令和 4 年 6 月 1 日

この地域密着型 通所介護重要事項説明書は、利用者が、通所介護サービスを受けるに際し、利用者やその家族等に対し、当社の事業運営規程の概要や通所介護サービスの従事者などの勤務体制等、利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号	0287-74-2373 月曜日～金曜日・午前8時30分～午後5時30分まで
担当者	(生活相談員) 高橋 貴子・添田 好信

2. 当社の概要

(1) 本社

名称	ワンランド株式会社
所在地	福島県郡山市安積町日出山四丁目181番地
電話番号	024-942-1118
代表者氏名	代表取締役 橋本 善一
設立年月日	昭和45年3月

(2) サービス提供事業所

事業所の名称	あい・デイサービス那須
事業所の所在地	栃木県那須郡那須町大字豊原丙1340
電話番号	0287-74-2373
介護保険指定事業者番号	第0972501357号
事業所が行っている他の業務	介護保険法による指定予防通所介護事業 平成24年4月1日 第0972501357号

(3) サービス提供実施地域

那須町

(4) 営業日およびサービス提供時間

営業日：月曜日から金曜日

営業時間：8:30～17:30

休業日：土・日曜日及び12月31日～1月3日

サービス提供日：月曜日から金曜日

サービス提供時間：9:20～16:30

(5) 施設及び設備

定員18名（但し、地域密着型通所介護及び介護予防通所介護、総合事業の通所型サービスを含む）			
食堂兼機能訓練室	1室	静養室	1室
休憩室	1室	相談室	1室
浴室（一般浴）	2室	脱衣室	1室
送迎車	3台		

(6) 職員の体制

職 種	常 勤	非常勤	合 計	業務内容
管理者	1名	0名	1名	業務の一元的な管理
生活相談員	1名	0名	1名	利用申込に係る調整、個別サービス計画の作成、相談・援助業務
看護職員	1名	0名	1名	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理、その他必要な業務
介護職員	1名	0名	1名	日常生活上の介護、その他必要な業務
運転手他	0名	0名	0名	利用者の送迎業務、送迎車の管理

3. サービスの特徴

事業の目的及び運営方針

要介護状態となった場合でも、その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支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持回復を図り、よって利用者の生活機能の維持又は向上を目指し、並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

4. サービス内容

「個別サービス計画」に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、運動機能訓練、その他必要な介護、機能向上と生活相談を行います。

5. 利用料金

(1) 利用者負担額

介護報酬告示上の額の利用者負担割合証に記載された負担割合に応じた額

(2) サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、実費をいただきます。

- ① 食事代 1回あたり **620円**
- ② おむつ代（使用時のみ） オムツ、紙パンツ 1枚 100円
パッド 1枚 30円
- ③ 実施区域外の送迎(実施区域境界線より) 1km40円+（消費税）

(3) 支払い方法

利用料金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

- ①自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落としとします。）
- ②現金払い（月1回月末日までにお支払い願います。）
- ④ 銀行振込（月1回月末日までにお振込み願います。手数料は利用者負担となります。）

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、電話でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。個別サービス計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①利用者の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7日前までに文書および口頭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

人員不足等やむをえない事情により、サービスの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30日前までに文書で通知いたします。

③自動終了 以下の場合、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者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利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合や介護保険の被保険者資格を喪失された場合

⑤ その他

- ・事業者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、利用者や家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、利用者は即座にサービスを終了することができる。
- ・利用者が正当な理由なく、サービスの中止を繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により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にはサービスを終了することができる。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを1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14日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが当社や当社のサービス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、即座にサービスを終了する場合があります。
- ・地震、噴火等の天災、その他事業者の責に帰すべからず事由によりサービスの実施ができない場合には、事業者は利用者に対してサービスを終了させていただく場合があります。

(3) 健康上の理由による中止

- ・風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスの内容の変更または中止することがあります。その場合は、家族に連絡の上適切に対応します。
- ・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。その場合は、家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取り、必要な措置を講じます。

7. キャンセル

利用者の都合でサービスを中止する場合は次の通りです。

(1) 利用日の前日午後6時までに連絡頂いた時のご負担はありません。

(2) 当日午前8時以降の中止の場合は、食事代620円を徴収致します。

(3) 午後6時から翌日午前8時までは、携帯電話の留守番電話サービスに転送になります。

(留守番電話でキャンセルの確認が出来た場合は、キャンセル時の食事代620円は徴収致しません)

8. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の容体の変化などがあった場合は、定められた緊急時の対応に基づき、速やかに主治医、救急隊、親族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者などへ連絡いたします。

9. 非常災害時の対応

非常災害その他緊急の事態に備え、自動火災報知機等の必要な設備を整えるとともに、あらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づきお客様及び従業者等の訓練を行います。

10. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合は、親族、市町村の窓口、地域包括支援センター、居宅支援事業所などへ連絡するとともに必要な措置を講じます。
- (2) 損害賠償保険への加入
当事業者は、損害賠償保険に加入しています。

11. 秘密保持

- (1) 事業者及び事業所の使用するものは、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する情報を正当な理由無く第三者に漏らさないこととする。この守秘義務は契約終了後も同様とします。
- (2) 事業者は事業所の従業者が退職後も、就業中に知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由無く、第三者に漏らすことの無い様に必要な措置を講じます。
- (3) 事業者は、利用者またはその家族から予め文書で同意を得ない限り、地域包括支援センター等他の事業者に対し、利用者またはその家族の個人情報を提供しません。

12. 虐待防止

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待防止の為、責任者を設置する等必要な体制整備を行うと共にその従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずる様に努めると共に、虐待と思われる行為や身体状況を確認した場合には事業所に連絡し、事業所は関係機関等に報告します。

13. 相談・要望・苦情などの窓口

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等の相談

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関する相談、利用者の記録等情報開示の請求は以下の窓口で受け付けます。

・窓口担当者	(相談員) 高橋 貴子・添田 好信
・解決責任者	(管理者) 池沢 麻美
・電話番号	0287-74-2373
・受付時間	月曜日～金曜日・午前8時30分～午後5時30分まで (但し12月31日～1月3日は除く)

(2) 行政機関その他苦情受け付け機関

那須町役場 保健福祉課	所在地	那須郡那須町大字寺子丙 3-13
介護保険担当	電話番号	0287-72-6910

令和 年 月 日

利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

<事業者> ワンランド株式会社

<代表者> 代表取締役 橋本 善一 印

<事業所> あい・デイサービス那須

<住 所> 栃木県那須郡那須町大字豊原丙 1340

<説明者> 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、同意しました。

利用者

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

利用者の介護者または家族等

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印