

指定通所介護

重要事項説明書

株式会社 想

デイサービスセンター みどり

デイサービスセンター みどり

指定通所介護  
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(栃木県指定 第 0970302410 号)

当事業所は、ご契約者に対して通所介護サービスを提供します。  
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただく  
ことを次のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果、  
「要介護」と認定された方が対象となります。  
要介護認定を申請中の方でもサービスの利用は可能です。

## 1. 経営主体

名 称 株式会社 想  
所在地 栃木県宇都宮市砥上町 333-36  
電話番号 080-5036-3217  
代表者 代表取締役 山 村 達 夫

## 2. 事業所の概要

事業所の種類 指定通所介護事業所  
令和 6 年 4 月 1 日指定  
栃木県 第 0970302410 号

事業所の目的 当事業所は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に通所介護サービスを提供します。

事業所の名称 デイサービスセンター み ど り

事業所の所在地 栃木市平柳町 3-42-13

電 話 0282-29-1801

F A X 0282-29-1802

管理者の氏名 安生 忠至

事業所の運営方針 利用者一人ひとりの個性と要望を大切にし、利用者及びその家族とのコミュニケーションに努め、利用者の生き生きとした生活づくりを援助します。  
また、地域住民との交流に努めるとともに、地域の保健・福祉・医療サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

開設年月日 平成 22 年年 5 月 1 日

利用定員 30 人（指定介護予防・日常生活支援総合事業）の利用者を含みます。

第三者評価の有無 有 ・ **無**

施設の概要 通所介護サービスの提供に当たり、当事業所は以下の施設、設備及び備品を整備しております。なお、施設・設備・備品は介護予防・日常生活支援総合事業との共用となっています。

介護保険法で定められた施設	食堂、機能訓練室、相談室、静養室、事務室
その他の施設	浴室、脱衣室、洗面所、便所、調理室、汚物処理室、洗濯室、その他
その他の主な設備・備品	一般浴槽、機械浴槽、車いす、ベッド、歩行器、テーブル、イス、ソファ、テレビ、車いす対応送迎車両、その他

### 3. 事業実施地域及び営業時間

○通常の事業の実施地域

栃木市

○営業日及び営業時間

営業日	月～土 但し(12月30日～1月3日)を除く
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時15分～午後4時45分

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。職員の配置については、介護保険の指定基準を遵守しています。なお、職員は介護予防・日常生活支援総合事業の職務を兼務します。

職 種	人数
1. 管理者	1名
2. 生活相談員	サービス提供時間帯を通じて延1名以上
3. 看護職員（機能訓練指導員兼務）	1以上
4. 機能訓練指導員	常勤専従1名
5. 介護職員	* サービス提供時間帯を通じて 利用者1～15名の場合1人以上 利用者16～20名の場合2人以上 利用者21～25名の場合3人以上 利用者26～30名の場合4人以上
6. 栄養士	1名
7. 調理職員	1名以上

### 5. 当事業所が提供するサービス

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

サービス名	内 容
1. 送 迎	ご自宅と事業所間の送迎をいたします。
2. 健康チェック	ご利用日には必ず健康チェック（血圧、体温、脈拍等）を行います。
3. 入 浴	身体状況に応じた浴槽で入浴していただきます。ただし、利用日の体調によりシャワー浴または部分浴になる場合があります。
4. 食 事	栄養士のたてた献立表により、栄養ならびに契約者

	の身体状況を考慮した食事を提供します。 昼食のほかにおやつも準備しております。
5. 機能訓練 レクリエーション	ご契約者の身体状況等に応じた機能訓練・運動や趣味活動、季節に合わせた行事など、ご契約者の希望を取り入れたレクリエーション活動を行ってまいります。
6. 生活相談	ご家庭での介護のことはもちろん、それ以外の日常生活に関するご相談にも応じます。

## 6. 利用料

### ○利用料金

指定通所介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとします。又、第一号通所事業（介護予防・日常生活支援総合事業）を提供した場合の利用料の額は、市長が定める基準によるものとします。指定通所介護及び第一号通所事業（介護予防・日常生活支援総合事業）が法定代理受領サービスであるときは、その1割、2割及び3割の額とします。利用者負担金、具体的な金額は別表1の料金表の通りです。

### ○自己負担の利用料金のお支払方法

次のいずれかの方法によりお支払ください。

- ① 利用日当日の現金払……利用のつど、自己負担額を現金でお支払いいただく方法です。
- ② 月単位での一括払……毎月10日迄に前月分を請求いたしますので、請求日後15日以内に、現金または銀行等振込で一括お支払いいただく方法です。

### ○利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。  
この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。
- ② **利用予定日の2営業日13時まで**に申出がない場合、**下記の取消料をお支払いいただきます。**

<b>利用予定日の2営業日までに申出があった場合</b>	<b>無 料</b>
<b>利用予定日の2営業日までに申出がなかった場合</b>	<b>700円</b>

- ③ サービス利用の変更・追加の申出に対して、事業所の稼働状況により、ご契約者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日をご契約者に提示して協議します。

## 7. サービス利用にあたっての留意事項

項 目	留 意 内 容
1. 送迎時間	道路事情、天候等により、予定時間を前後する場合があります。
2. 体調確認	利用時に健康チェックを行います。居宅において体調の変化、通院等がありましたら、必ずお知らせください。
3. 体調不良等による利用の変更・中止	健康チェックで異常がある場合や健康状態がすぐれない場合には、サービスの中止または内容を変更することがあります。
4. 設備・器具の利用	施設内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただく場合がございます。
5. 勧誘活動	施設内での当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような勧誘活動（宗教活動、政治活動、営利活動）を行うことはできません。

## 8. 緊急時等における対応

職員は、通所介護を実施中に、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに管理者に報告します。

また、ご家族・主治医・居宅介護支援事業者などへ速やかにご連絡いたします。

なお、ご連絡先は緊急連絡先（別紙1）に記入していただきます。

## 9. 相談・苦情の受付について

○当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

### ① 苦情受付窓口

担当者 管 理 者 安生 忠至  
生活相談員 高岩 麻衣、若月 美和、安達 由華  
加藤由紀子、小島茂子

電 話 0282-29-1801

F A X 0282-29-1802

### ② 受付時間

毎日 午前8時30分～午後5時30分

\*受付時間外でも、常時連絡可能な体制をとっております。

○当事業所以外にも、下記の相談窓口があります。

窓 口	電 話
栃木市役所 地域包括ケア推進課	0282-21-2251
栃木県庁 高齢対策課	028-623-3057
栃木県国民健康保険団体連合会 介護保険課	028-643-2220

#### 10. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な応急処置または医療機関への搬送などの措置を講じ、ご契約者様がお住まいの市町村・ご家族・居宅介護支援事業者などに連絡致します。

また、事故の状況および事故に際してとった処置について、記録すると共にその原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスによりご契約者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

#### 11. 虐待の防止のための措置

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・虐待防止に係る指針の整備をしています。
- ・虐待防止に関する責任者を管理者と定めています。
- ・虐待防止委員会の設置をしています。
- ・定期的に委員会を開催しその内容について従業者に周知徹底しています。
- ・従業者に対する虐待防止・早期発見を啓発・普及するための研修を定期的に実施しています。

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、重要事項を記した本書面を交付し説明を行いました。

デイサービスセンター みどり

説明者 (職名)

(氏名)

私は、事業者から重要事項を記した本書面の交付と説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 (住所)

(氏名)

[代理人若しくは署名代行者]

(住所)

(氏名)