

通所介護重要事項説明書

この説明書は、通所介護の契約にあたって、ご利用者やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、契約の内容をご理解していただくための内容となっております。

1. 当社の概要

名称・法人種別	株式会社 ウイング
本社所在地	千葉県市川市北方 1-7-6
代表者名	代表取締役 池田 恵子
電話番号	TEL 047-302-1200 FAX 047-302-1700
主な事業	1) 介護保険法による指定居宅支援事業 2) 介護保険法による指定居宅サービス事業 訪問介護・福祉用具貸与・通所介護 3) 介護用品の販売 4) 介護職員初任者研修事業 5) 介護保険法による介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防通所介護相当サービス）
営業所	ウイング市川・ウイング鎌ヶ谷・ウイング湊町 ウイングレンタルサービス・ウイング市川デイサービス・ウイング市川六番館/七番館・ウイング鎌ヶ谷中央一番館

2. 通所介護事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ウイング市川デイサービス
所在地	〒272-0815 千葉県市川市北方 1-7-7
サービスの種類	通所介護（事業所番号 1270802166）
連絡先	TEL 047-301-0250 FAX 047-301-0094
緊急時の連絡先	上記で繋がらない場合 携帯080-4053-2318
通常の事業実施地域	市川市（市川・市川南・大洲・新田・大和田・東大和田・真間・須和田・平田・菅野・東菅野・八幡・南八幡・鬼高・高石神・鬼越・本北方・北方・宮久保・下貝塚・若宮・中山） 船橋市（本中山）
当事業が行っている他の業務	介護予防日常生活支援総合事業第一号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）

(2) 職員体制

職種	人数	勤務形態	業務内容
1. 管理者	1名	常勤兼務1名	事業所管理
2. 看護師	3名	非常勤兼務3名	看護
3. 介護職員	5名	常勤2名、常勤兼務1名 非常勤2名	介護

4. 生活相談員	2名	常勤兼務1名 非常勤兼務1名	相談/介護
5. 機能訓練指導員	3名	非常勤兼務3名	機能訓練

(3) 利用定員・営業時間

利 用 定 員	20人（通常規模型通所介護）
営 業 日	月曜日～土曜日（12月31日～1月3日を除く）
営 業 時 間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時00分～16時30分（送迎時間を除く）

3. サービス内容

当事業所では、以下のサービスを提供します。

サービス開始前にご利用者やご家族、ケアマネジャー等とよく話し合い、内容を決定します。ケアの三原則（自己決定・能力活用・生活の継続性）を守り、利用者の自立した生活に向け援助します。

①送迎

- ・ご自宅と事業所間の送迎を行います。

②食事

- ・ご利用者の栄養バランスに考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床し、食堂にて食事を摂っていただくことを原則としています。
- ・ご利用者の食事の介助を行います。

③排せつ

- ・ご利用者の排せつの介助を行います。

④入浴

- ・ご利用者の状態に合わせ、入浴やシャワー浴、清拭などを行います。

⑤趣味活動

- ・ご利用者の希望に添って、アクティビティ活動を行います。

⑥生活相談

- ・ご利用者及びご家族の日常生活における介護、環境整備、手続き等に関する相談、助言を行います。

⑦機能訓練

- ・日常生活を営む上で必要な機能低下を防ぐためのサービスを提供します。

4. サービス利用料金（1日あたり）

当事業所が提供するサービスについては

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

		単位数	1. 利用料金	2. 介護保険から 給付される金額	3. 自己負担額 (3 = 1 - 2)
基本料金	要介護1	658 単位	6,876 円	6,188 円	688 円
	要介護2	777 単位	8,119 円	7,307 円	812 円
	要介護3	900 単位	9,405 円	8,464 円	941 円
	要介護4	1,023 単位	10,690 円	9,621 円	1,069 円
	要介護5	1,148 単位	11,996 円	10,796 円	1,200 円
入浴加算		40 単位	418 円	376 円	42 円
ADL維持等加算 (I)		3 単位	31 円	28 円	3 円
備 考		① 上記利用料はサービス提供時間が <u>7時間以上8時間未満</u> の場合です。 ※自己負担1割の場合 ② 送迎代は基本料金に含まれます。(実施地域外の送迎代は除く) ③ ひと月の利用総単位数の9.0%が介護職員処遇改善加算となります。			

サービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。

※市川市の報酬単価は10.45円なので、単位数に10.45を掛けた金額が利用料金となります。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

① 食事の提供にかかる費用

ご利用者に提供する食事及びおやつ、飲み物の費用です。

料金：昼食(おやつ込)750円、夕食(延長利用の場合)485円

② 趣味活動の材料費

利用料金：材料費等の実費をいただきます。

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代：デイサービスで準備した物を使用した場合は、実費をいただきます。

(紙おむつ¥150、リハビリパンツ¥150、尿取りパッド¥50)

その他、必要に応じて実費をいただきます。

④交通費

通常の事業の実施地域を超えての送迎は、1 kmにつき 50 円の交通費がかかります。

⑤複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合は、1 枚につき 10 円の実費をご負担いただきます。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 1 ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用の中止、変更、追加

・利用予定日の前に、通所介護サービスの利用を中止、変更、追加することができます。この場合にはサービス実施日の当日朝 8:30 までに申し出てください。

・利用予定日の当日朝 8:30 までに申し出がなく、その後になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただきます。但し、ご利用者の急変等の正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の当日朝 8:30 までに申し出があった場合	無料
利用予定日の当日朝 8:30 までに申し出がなかった場合	¥750 (食事代)

☆サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記 (1)、(2)、(3) の料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。お支払い確認後、領収書を発行します。

ア. 下記指定口座への振込み (手数料をご負担ください) 郵便局 口座番号: 0012-4-105873 口座名義: 株式会社 ウイング
イ. 金融機関口座からの自動引落 (手数料のご負担はありません) ご利用できる金融機関: 民間金融機関及び郵便局

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

すでに契約しているケアマネジャーがいる場合は、当事業所と契約をする前にケアマネジャーとご相談ください。その後、職員がお伺いいたします。サービス提供が決まりましたら、契約を結び、通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合で、サービスを終了する場合

サービスを終了する日の 1 週間前までにお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、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 1 ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合。但し、1年以内に利用者が介護保険施設を退所し再び居宅において日常生活を営む状況になった場合は、ご利用者と事業所の双方の合意により契約の継続が出来るものとします。
- ・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）または要支援となった場合。但し、1年以内に利用者が再び要介護となった場合は、ご利用者と事業所の双方の合意により契約の継続が出来るものとします。
- ・利用者がお亡くなりになった場合。

④ その他

- ・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、ご利用者やご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、または当社が倒産した場合、利用者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。
- ・ご利用者がサービス料金の支払いを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20日以内に支払わない場合、またはご利用者やご家族などが当事業所や当事業所の職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いただく場合がございます。

6. 当社の通所介護の特徴等

(1) 運営の方針

- ① ご利用者とその能力に応じ、自立した日常生活が送れるよう支援します。
- ② ご利用者の社会的孤立感を解消し、心身機能の維持ができるように必要な援助を行います。
- ③ ご家族の身体的・精神的負担の軽減が図れるよう援助します。
- ④ 事業の実施にあたっては、市区町村、居宅介護支援事業者、地域の保険・医療・福祉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。
- ⑤ 職員を対象に研修会等を実施し、知識・サービスの向上に努めます。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

- ① 送迎時間につきましては、あらかじめご利用者の方と相談し、連絡いたします。
- ② 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結果、体調が悪い場合、サービス内容を変更または中止することがあります。その場合は、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ ケアプランに基づいた時間でのご利用になりますが、変更を希望の方は、ご相談ください。
- ④ 施設・設備などはその本来の用途に従って利用して下さい。故意に施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の自己負担により原状に修復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ⑤ 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宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合、事前の打ち合わせにより、ご主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

8. 非常災害対策

- ① 災害時には消防計画に基づき、速やかに消火活動に努めるとともに避難・誘導にあたります。
- ② 防火管理者を選任するとともに、消火設備等、必要な設備を常に良好に保ちます。
防火管理者 篠崎 剛
- ③ 消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、職員及び利用者が参加する消火通報、避難訓練を年間計画で実施します。

9. サービス内容に関する苦情・相談

(1) 当事業所における苦情の受付

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。

○苦情受付窓口（担当者）

相談員 茂木 美枝子 電話番号 047-301-0250

受付時間 毎週月曜日～土曜日 9:00～17:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

市川市福祉部福祉政策課	所在地 南八幡2丁目20番2号 電話番号 047-334-1111
船橋市福祉サービス部 指導監査課	所在地 船橋市湊町2-8-11 電話番号 047-436-2424
国民健康保険団体連合会 苦情処理係	所在地 千葉市稲毛区天台6-4-3 電話番号 043-254-7428

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 市川市北方1-7-7
名称 株式会社ウイング
ウイング市川デイサービス

説明者 氏名 茂木 美枝子 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての重要な事項の説明を受けました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者自身が対応・判断ができない状況になった場合は、私が身元引受人として対応・判断します。
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約者とさせていただきます。)

住所 _____

氏名 _____ 印

ご利用者との関係 (○印)

親族 (: 続柄)

成年後見人

代理人

* 確認資料をお見せいただく場合がございます。
あらかじめご了承下さい。