

通所介護 重要事項説明書

(令和6年6月1日)

1、当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 04-7136-2906

担当 奥山 大輔

2、気らく家の概要

(1) 通所介護の指定事業者番号及びサービス提供地域

事業所名	気らく家
所在地	千葉県柏市南増尾6-9-41
介護保険指定事業者番号	通所介護 千葉県 1272206432
サービスを提供する地域	柏市、松戸市、鎌ヶ谷市

(2) 事業所の職員体制

管理者	1名
生活相談員	2名以上
介護職員	3名以上
機能訓練指導員	1名
看護職員	1名

(3) 事業所の設備の概要

事業単位・定員	1単位・19名	静養室	1室	2.0㎡	
食堂兼機能訓練室	1室	57㎡	相談室	1室	5.9㎡
事務室	1室	2.4㎡	送迎車	2台	

(4) 営業日、営業時間

①営業日 月、火、水、木、金、土

②営業時間 午前8時30分から午後5時30分

③サービス提供時間 午前9時00分から午後4時15分

(5) 利用定員 19人

3、サービス内容

①送迎 : 自宅まで送迎車が出向き、乗降の介助をします。

②介護サービス : 移動や排泄、入浴、食事の介助、見守り等をします。男性介助員も介助に入ります。

③健康状態の確認 : バイタルチェック等を行い健康管理をします。

④個別機能訓練 : リハビリ訓練を実施して心身の機能の回復・維持を図ります。
集団体操、高次脳機能プログラム、個別自主トレを実施します。

⑤生活等に関する相談及び助言 : 日常生活介護でお困りのときはご相談下さい。

4、料金

(1) 利用料金 (1日あたりの自己負担額は1割負担で記載)

通所介護利用料 「5時間以上6時間未満」

	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要介護度1	5,700円	570円
要介護度2	6,730円	673円
要介護度3	7,770円	777円
要介護度4	8,800円	880円
要介護度5	9,840円	984円

① 個別機能訓練加算 (I) イ 560円 (1回あたり)

ただし、介護保険適用時の自己負担額は 56円 (1割負担の場合) です。

※ 機能訓練指導員の都合で(研修や夏期休暇での休み等)お休みをいただく場合がございます。

② 入浴介助加算 (I) 400円 (1回あたり)

ただし、介護保険適用時の自己負担額は 40円 (1割負担の場合) です。

③ 介護職員処遇改善加算 (I)

算定した単位数の1000分の59に相当する単位数となります。

※上記①～④に柏市の地域加算(6級地)が加わります。(10.27を乗じる)

他市町村の場合はその地域の加算に準ずる

④ その他

上記の他、食事代(喫茶代、おやつ代含む500円+税)

※個別レクリエーションを実施した場合、別途材料費を頂く場合がございます。

(2) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料(実費相当分)がかかります。

① 介護サービス

a) ご利用日の前営業日午後5時前までにご連絡いただいた場合…無料

b) ご利用日の前営業日午後5時前までにご連絡がなかった場合…デイサービス利用料10%

※体調不良等のやむを得ない場合は、この限りではありません。お休みの際は送迎や昼食の手配の都合上早めのご連絡をお願いいたします。

(3) 支払方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払い下さい。

お支払いいただきますと領収書を発行します。

お支払方法は振込または現金、口座振替といたします。

5、サービスの利用方法

(1) サービスの申し込み及び利用開始

まずは、電話等でお申込ください。当センター職員がお伺いいたします。通所介護計画作

成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始いたします。居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①お客様のご都合でサービスを終了する場合

文書等でお申し出くださればいつでも解約できます。

②当センターの都合で解約する場合

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。

- ・ お客様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お客様の要介護認定区分が、要支援もしくは非該当（自立）と認定された場合
※要支援の場合、条件を変更して再度契約することができます。（介護予防）
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

④その他

- ・ 当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、お客様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、又は当センターが破産した場合お客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。
- ・ お客様が、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15日以内に支払わない場合、又はお客様やご家族などが当センターのサービス従業者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させていただく場合がございます。

6、当センターの通所介護の特徴等

(1) 運営の方針

- ① 事業所は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう通所介護を提供します。
- ② 事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「通所介護計画」を作成します。事業者はその「通所介護計画」の内容を利用者及びその家族に説明します。
- ③ 事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業者、関係市町村、地域の保健・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るものとします。（虐待の疑いがある場合などは通報いたします）

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
時間延長の可否	無	
男性介護職員の有無	○	入浴、排せつなどの介助に関わることがあります
従業員への研修の実施	○	必要時に随意実施しています。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡 変更がある場合は事前に連絡します。
- ・体調確認 看護師若しくは介護職員が確認します。
- ・体調不良等によるサービスの中止・変更 連絡帳に記入してお知らせするとともに、必要があれば連絡します。
- ・時間変更 変更がある場合は事前に連絡します。
- ・設備・器具の利用 従業員の指示に従って利用してください。

7、緊急時の対応方法

サービス提供中の様態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、歯科医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医氏名	病院又は診療所名	電話番号
御家族（続柄）	住 所	電話番号
①	①	①
②	②	②

8、非常災害対策

- ・防災時の対応 避難口への誘導
- ・防火責任者 奥山 大輔

9、サービス内容に関する苦情

①当センターお客様相談・苦情担当

担当 奥山 大輔 電話 04-7136-2906

② その他 当センター以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

柏市役所 保健福祉部 高齢者支援課 電話 04-7167-1111

千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話 043-254-7409

10.事故発生時の対応

- ・サービスご利用中に事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。
- ・事故の状況及び事故に際して採った処置を記録する。
- ・利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

11、当社の概要

名称 有限会社 Cure-Links
 代表者役職・氏名 代表取締役 奥山 大輔
 所在地・電話番号 千葉県柏市逆井藤ノ台23-5
 TEL 04-7176-3400
 定款の目的に定めた事業 1. 介護保険法による指定居宅介護支援事業

2. 介護保険法による次の居宅サービス事業
 - ①訪問介護
 - ②通所介護
3. 介護保険法による次の介護予防サービス事業
 - ①介護予防訪問介護
 - ②介護予防通所介護
4. 総合事業、介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業)
5. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障害福祉サービス
6. 各種資格取得会の主催及び通信教育事業
7. 講演会、研修会、セミナーの開催等の教育、研修事業
8. 有料老人ホームの運営に関する事業
9. 在宅配食サービス
10. 医療、介護、保健衛生に対するコンサルタント業務
11. 不動産賃貸業務
12. 健康食品の製造、販売
13. スキンケア製品の製造、販売
14. 音楽に関するイベントの企画、立案、チケット販売
15. 介護用器具販売
16. スポーツ機器販売
17. 人材紹介派遣事業
18. 上記各号に附帯関連する一切の事業

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

説明日 令和 年 月 日

事業者 所在地 千葉県柏市南増尾6-9-41
名称 気らく家
説明者 印

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

利用者

住所
氏名 印

(代理人)

住所
氏名 印

通 所 介 護
重 要 事 項 説 明 書

気らく家

介護保険事業所番号 1272206432