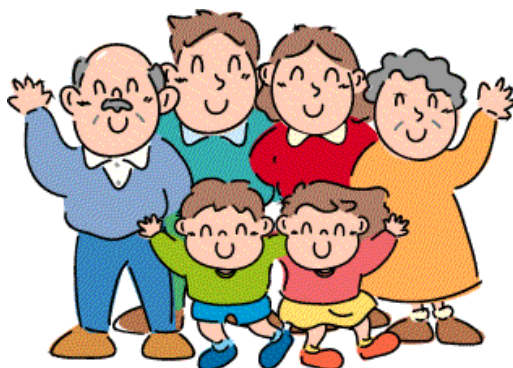


重要事項説明書

通所介護サービスご利用のしおり



_____様

この重要事項説明書は、あなた（または、あなたのご家族）が デイサービス
かがやきのサービスを利用されるに当たっての、手続きの方法などを記したも
のです。

これに基づいて、サービスに関する説明を受け、同意していただいた後、契
約を締結させていただきます。どんなことでも、ご遠慮なくおたずねください。

年 月 日

社会福祉法人 グッド・サマリタン

デイサービス かがやき

説明者 川浪 麻理子 ⑩

※ この書類は、契約書とともに保管してください。

1 概要

① 事業者

法人名	社会福祉法人グッド・サマリタン
法人代表者	理事長 金子道仁
法人所在地	兵庫県川辺郡猪名川町若葉2-41-2
電話番号/FAX番号	072-767-2131/072-744-2895
設立年月	2010年6月
法人が行っている業務	訪問介護、通所介護、居宅介護支援、居宅介護、サービス付高齢者向け住宅、就労継続支援B型

②事業所

名称	デイサービスかがやき
責任者	管理者 川浪麻理子
事務所の所在地	兵庫県川辺郡猪名川町若葉2-41-2
電話番号/FAX番号	072-744-2894/072-744-2895
開設年月	2010年9月
介護保険法令に基づき兵庫県知事から指定を受けている事業所指定番号	兵庫県2873200451号
介護保険法令に基づき兵庫県知事から指定を受けている介護サービスの種類	通所介護
通常の事業の実施地域	川西市、猪名川町

2 事業の目的と運営方針

事業の目的	市内及び町内の要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対して、適正な通所介護を提供することを目的とします。
運営の方針	1. 利用者が、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能回復訓練を行います。 2. 利用者社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持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ります。 3. 事業の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、利用者の所在する

	市町村、他の障害福祉サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
--	---

3 営業日時

営 業 日	月曜日～土曜日（夏期休業、年末年始休業を除く）
営業時間	午前9時～午後5時

4 職員体制

従業者の職種	員 数	勤 務 の 体 制
管 理 者	1 名	常勤1名
生 活 相 談 員	1 名以上	常勤1名以上、非常勤1名以上
介 護 職 員	1 名以上	常勤1名以上、非常勤1名以上
看 護 職 員	1 名以上	非常勤1名以上
機能訓練指導員	1 名以上	常勤1名、非常勤1名以上

5 サービス内容について

① サービス内容

食 事	利用者の身体の状態を考慮し、手作りで心のこもった食事を提供します。必要な食事介助も行います。
入 浴	入浴見守りまたは介助を行います。 体調により入浴できない場合は、足浴・清拭を行います。
排 泄 介 助	利用者の身体の状態に応じて、必要な排泄介助を行います。
送 迎	利用者の身体の状態に応じて、必要な送迎を行います。
レクリエーション	音楽や体操などを交えて機能回復を図ります。

② 「連絡ノート」について

- スタッフは、「連絡ノート」に、サービス内容を記録します。
- 「連絡ノート」は、サービスを受けるたびにご持参されますよう、お願いいたします。

6 料 金

① 要介護の方（1日）

	要介護の方		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	737 円	1,474 円	2,211 円
要介護 2	870 円	1,740 円	2,610 円
要介護 3	1,008 円	2,016 円	3,024 円
要介護 4	1,145 円	2,290 円	3,435 円
要介護 5	1,285 円	2,570 円	3,855 円
+	+	+	+
入浴	41 円	82 円	123 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	57 円(利用毎)	115 円(利用毎)	172 円(利用毎)
個別機能訓練加算（Ⅱ）	21 円(1 回/月)	42 円(1 回/月)	63 円(1 回/月)
科学的介護推進体制加算	41 円(1 回/月)	82 円(1 回/月)	123 円(1 回/月)
+			
食事（1 食あたり）	700 円/日		
おやつ（1 食あたり）	150 円/日		

② 要支援の方

	市町村	要支援の方		
		1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1	猪名川町	2,013 円/月	4,026 円/月	6,039 円/月
	川西市	2,013 円/月	4,026 円/月	6,039 円/月
要支援 2	猪名川町	4,054 円/月	8,108 円/月	12,162 円/月
	川西市	4,054 円/月	8,108 円/月	12,162 円/月
科学的介護推進体制加算		41 円(1 回/月)	82 円(1 回/月)	123 円(1 回/月)
+				
食事（1 食あたり）	700 円/日			
おやつ（1 食あたり）	150 円/日			

※保険適用外部分(食事代、オムツ代等)を変更する場合は、1ヶ月以上前に文書で通知します。デイサービスのオムツを使用した場合は1枚100円、ひげ剃りを使用した場合は1本50円を徴収させていただきます。

※他、イベント活動費・制作費を徴収させていただくことがあります。その際は、かがやき通信などの月報で予告させていただいた上、ご本人と相談してから参加の有無を決定させていただきます。

※上記料金には、介護職員等処遇改善加算Ⅱ（基本利用料の9.0%）が含まれています。

③ キャンセル料をいただく場合があります。

前 日(午後5時まで)	キャンセル料 なし
当 日	ご利用者負担額の全額

ただし、利用者の急病など、やむを得ない理由の場合はキャンセル料は発生しません。

④ お支払い

- 口座引落とし・・・翌月15日までに前月分の請求させていただき、27日にご指定の口座より引落としさせていただきます。

7 守秘義務・情報開示

① 守秘義務について

- ・当事業所及び従業員は正当な理由がない限り、サービス提供にあたって知り得た利用者または利用者の家族の秘密を漏らしません。
- ・守秘義務は、従業員が退職後も継続します。
- ・守秘義務は、契約終了後も継続します。

② 情報開示について

- ・サービス担当者会議などにおいて、サービス提供のために必要と思われる場合のみ、ご利用者やご家族の情報を開示させていただくことがあります。

8 事故発生時の対応

- ① 迅速な事故処理をします。
- ② 利用者の家族、市町村等に連絡を取ります。
- ③ 損害賠償の責めを負う必要があるときは速やかに応じます。
- ④ 再発防止策を講じます。
- ⑤ 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録をします。

9 相 談 窓 口

デイサービスかがやき 相談窓口	<ご利用時間> 平日 午前9時～午後5時 電話 072-744-2894（担当：川浪麻理子）
川西市役所 介護保険課	<ご利用時間> 平日 午前9時～午後5時30分 電話 072-740-1149 川西市中央町12-1
猪名川町 生活部福祉課	<ご利用時間> 平日 午前8時45分～午後5時30分 電話 072-766-8701 猪名川町上野字北畑11-1
兵庫県国民健康保険 団体連合会 ※介護保険分のみ	<ご利用時間> 平日 午前8時45分～午後5時15分 電話 078-322-5617 神戸市中央区三宮町1-9-1-1801号

10 契約について

ご利用者との通所介護サービス契約はデイサービスかがやきの運営主体である、社会福祉法人 グッド・サマリタンと締結していただきます。

11 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先に連絡いたします。

	氏 名 _____ 所属医療機関 _____ 所 在 地 _____ 電話番号 _____ - _____
緊急連絡先	氏 名 _____ (続柄 _____) 住 所 _____ 電話番号 _____ - _____ 昼間の連絡先 _____ - _____ 夜間の連絡先 _____ - _____

附則
この規程は、2010年9月1日から施行する。
この規程改正は、2024年4月1日から施行する。

私は、本面に基づいて事業者から重要事項説明書記載の変更の説明を受け、
通所介護サービスの提供開始に同意いたしました。

年 月 日

利 用 者 住 所

氏 名 印

署名代行者 住 所
(代理人)

氏 名 印

事 業 者 事業所住所 兵庫県川辺郡猪名川町若葉 2 丁目 4 1 番-2
事 業 者 名 社会福祉法人 グッド・サマリタン

理事長 金 子 道 仁 印

管理者 川 浪 麻 理 子 印