

名胡桃の城 重要事項説明書

(通所型サービス)

1. 施設運営法人

- 1) 法人名 有限会社 遊人舎
- 2) 所在地 群馬県利根郡みなかみ町下津 1 9 6 2 - 3
- 3) 電話番号 0 2 7 8 (2 5) 3 8 8 0
- 4) 代表者 代表取締役 室橋 正晃
- 5) 設立年月日 平成 1 6 年 8 月 2 0 日

2. 利用施設の概要

- 1) 事業所名 名胡桃の城
- 2) 事業所形態 介護予防通所介護・第一号通所事業（通所型サービス）
- 3) 所在地 群馬県利根郡みなかみ町下津 1 9 6 2 - 3
- 4) 電話番号 0 2 7 8 (2 5) 3 7 2 2
- 5) 管理者 室橋 静恵
- 6) 開所年月日 令和 4 年 4 月 1 日
- 7) 利用定員 3 0 名
- 8) 事業所番号 1 0 7 2 7 0 0 8 7 3

3. 事業の目的

この規定は、有限会社遊人舎が開設する名胡桃の城（以下「事業所」という。）が行う介護予防通所介護・第一号通所事業（通所型サービス）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が要介護状態にある高齢者（以下「利用者」という。）に対し、適正な介護予防給付サービス、及び介護予防給付相当サービスを提供することを目的とする。

4. 運営方針

- 1) 介護予防通所介護・第一号通所事業（通所型サービス）の提供に当たっては、利用者の心身の特徴を踏まえて、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生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の社会的孤立感の解消及び心身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るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の援助を行う。
- 2) 介護予防通所介護・第一号通所事業（通所型サービス）の提供に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

5. 従業者の職種、員数

事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

管理者	1名	(事業所の運営や管理を中心に行う)
生活相談員	1名以上	(生活相談を受ける、各種手続きや介護計画の作成を行う)
介護職員	4名以上	(事業所において介護業務を行う)
看護職員	1名以上	(事業所において看護業務を行う)
機能訓練指導員	1名以上	(事業所において機能訓練を提供する)

6. 営業日及び営業時間

事業所の営業日及び営業時間等は、次のとおりとする。

- 1) 営業日 月曜日から土曜日までとする。ただし、12月31日から1月3日までを除く。利用者のない日は休日とする。
- 2) 営業時間 8時15分から17時15分までとする。
- 3) サービス提供時間 9時15分から16時30分までとする。
- 4) 延長サービス提供時間 提供前 9時15分から16時30分まで
提供後 16時30分から18時30分まで

7. 通常の事業実施地域

通常の事業の実施地域は、以下のとおりとする。

みなかみ町、沼田市

8. 当事業所が提供するサービス

介護予防通所介護・第一号通所事業（通所型サービス）内容は、居宅サービス計画に沿って作成された通所介護計画に基づき、次に掲げるもののうち必要なサービスを行うものとする。

- 1) 身体介護
- 2) 入浴介助
- 3) 食事の提供
- 4) 日常生活動作の機能訓練
- 5) 健康状態の確認
- 6) アクティビティ・サービスの提供
- 7) 日常生活における相談及び助言
- 8) 送迎

9. 利用料金

1) 介護予防通所介護・第一号通所事業（通所型サービス）を提供した場合の利用料金、加算料金、その他の費用の額は、別に定めるものとする。

2) 介護保険の支給限度額を超えた部分の利用料金は、全額自己負担となる。

また、利用者に起因する理由で保険給付金が支払われない場合、一旦利用料金の全額を利用者に負担していただく。

10. 利用料金のお支払い方法

原則として1ヶ月ごとに精算をし、翌月の10日に請求書を発行する。

自動口座引落、または現金にて20日までに事業所へお支払いいただく。

11. 苦情等の対応について

利用者からの苦情、意見は、事業所管理者が受け付けるものとする。

名胡桃の城 管理者 室橋 静恵 電話0278-25-3722

みなかみ町 町民福祉課 高齢介護係 電話0278-25-5012

沼田市 介護高齢課 介護保険係 電話0278-23-2111

群馬県国民健康保険団体連合会 電話027-290-1323

12. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が発生した場合は、速やかに協力医療機関または、かかりつけ医へ連絡し必要な処置を講ずる。

協力医療機関 月夜野病院

重要事項説明同意書

令和 年 月 日

介護予防通所介護・第一号通所事業（通所型サービス）の提供に際し、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	群馬県利根郡みなかみ町下津 1 9 6 2 - 3
	名 称	有限会社 遊人舎
	代表者	代表取締役 室橋 正晃 印

事業所	所在地	群馬県利根郡みなかみ町下津 1 9 6 2 - 3
	名 称	名胡桃の城
	説明者	管理者 室橋 静恵 印

私は、本書面により事業者から介護予防通所介護・第一号通所事業（通所型サービス）についての重要事項の説明を受けました。

御利用者 住 所 _____

氏 名 _____印

代 理 人 住 所 _____

氏 名 _____印

※この重要事項説明書は、厚生省令の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。

附則

この規定は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。