

通所介護・介護予防通所介護 重要事項説明書

1. 事業者

名称	有限会社 ケイ
所在地	宮城県柴田郡大河原町字西桜町 2 2 番地 3
電話番号	0 2 2 4 - 5 3 - 3 0 4 0
代表者名	轡 義治 ・ 轡 ふち子
設立年月日	平成 1 0 年 1 2 月 1 日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定通所介護・指定介護予防通所介護
事業者の番号	宮城県 第 0 4 7 2 2 0 0 5 5 9 号
事業所の名称	南桜デイサービスセンター
事業所の所在地	宮城県柴田郡大河原町字南桜町 4 番地 2
電話番号	0 2 2 4 - 5 1 - 5 6 2 6
管理者氏名	安藤 博行
開設年月日	平成 1 5 年 8 月 1 日
定員	2 5 名
建物の構造	木造 2 階建て
建物の延べ床面積	3 5 3 . 0 4 m ²
建物の特徴	懐かしさを感じさせる雰囲気の中に最新の設備を取り入れ、暖かみのある過ごしやすい時間を共有できる建物となっております。
事業所の周辺環境	白石川の一目千本桜を見ることが出来る場所に位置し、住み慣れた環境を感じる事の出来る住宅地にあります。

3. 事業実施地域

柴田町 大河原町 村田町 蔵王町 白石市

※ 上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

4. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日
定休日	毎週日曜日、12 月 31 日から 1 月 1 日
営業時間	8 : 30～17 : 30
サービス提供時間	9 : 15～16 : 30
定員	2 5 名

5. 職員配置状況

＜配置職員の職種＞

職 名		専 従	兼 務	業 務 内 容
管理者	常勤 非常勤	名 名	1 名 名	事業所職員の指導監督及び、事業に関する業務管理を一元的に行います。
生活相談員	常勤 非常勤	名 名	名 名	利用者やその家族の相談に応じ、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの連携・調整を図りサービス全般の適切な管理を行います。
看護師	常勤 非常勤	名 名	名 名	利用者の健康状態把握し、健康保持に努めると共に、生活機能の維持、改善に努め、日常生活上の介護・介助等も務めます。 看護師欠員の場合は南桜訪問看護ステーションとの業務委託となります。
介護員	常勤 非常勤	名 名	名 名	利用者の生活機能の維持改善、日常生活の充実につながるよう、適切な介護サービスの提供を行います。
機能訓練指導員	常勤 非常勤	名 名	名 名	利用者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、生活機能の維持又は向上を目指し機能訓練を行います。

6. 当事業所の施設設備の概要

静養室	(16.5 m ²)
食堂	(66 m ²)
機能訓練室	(29.8 m ²)
事務所・相談室	(2 室)
厨房	(1 室)
浴槽・脱衣所	(機械浴槽 1、個浴 1、大浴 1)
個別浴槽・脱衣所	(各 1)
車椅子用トイレ	3 箇所
トイレ	2 箇所

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- ① 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ② 故意に、又はわずかな注意をはらえば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合は、ご契約者自己負担により現状に復していただくか、又は相当の対価をお支払いいただく場合がございます。

- ③ 当事業所の職員や他の利用者に対して、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行う事はできません。

8. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

介護保険を初めてご利用の方は、介護支援専門員にご相談ください。

契約書類等をご説明させていただいた上で、契約を結び、サービスを開始します。

9. サービスのキャンセルについて

前日までのご連絡をお願いします。

10. サービスの変更・追加について

サービスの変更・追加は、その日の利用状況により、ご契約者が希望する日及び時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は他の利用可能日時を提示いたします。

11. サービスの終了・中止について

(1) お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。

(2) 自動終了

以下の場合は双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

- ① 利用者が介護保健施設に入所された場合。
- ② 利用者がお亡くなりになった場合。
- ③ 都合により、利用が1年間なかった場合。

12. 当事業所が提供するサービスと利用料金

介護保険法の定めにより算出された額の各利用者様の負担割合に応じた額。

介護報酬改定等により利用者料金に変更が生じる場合は、その都度文書により通知することとします。(別紙1 利用料金表)

13. 料金の請求方法及び支払い方法

(1) 請求

毎月月末締め 翌月10日以降に請求

(2) 支払方法 以下の方法より選択できます。

- ・ 郵便払込
- ・ 銀行口座より自動振替

14. サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

当事業所では通所介護計画書又は介護予防通所介護計画書を作成し、それに基づ

きサービスを提供しております。

サービス提供ごとに、実施日程及び実施したサービス内容などを記録しております。ご覧になりたい場合はいつでもお申し出下さい。

計画書及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供の完結の日より5年間保存します。

15. 緊急時の対処方法

サービス提供中に容体の変化等などがあつた場合は、事前の打合せに基づき利用者の主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等への連絡をいたします。

主治医	医療機関名			
	主治医名		電話番号	
ご家族 連絡 1	氏 名		電話番号	
	住 所			続 柄
ご家族 連絡 2	氏 名		電話番号	
	住 所			続 柄
事業者等 その他	氏名・名称			
	住 所		電話番号	

16. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者がお住いの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に早急に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対して当事業所の提供するサービスにより賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業者は東京海上火災保険会社と損害賠償責任保険契約を結んでおります。

17. 守秘義務

当事業所職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持いたします。また、この守秘義務においては退職後及びサービス提供契約終了後も同様です。但し、緊急時等医療機関との連携に必要な事項についてはこの限りとならない場合がありますのでご了承下さい。

18. 相談・受付について

- (1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談、サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払や手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等情報開示の請求は下記の専用窓口で受け付けます。
- (2) 利用者又はその家族から苦情、ご相談があった場合には、検討会議を開催し、早急な対応に努めます。また、記録を保管し再発防止に努めます。

◆ 相談・苦情窓口

- 担当 <管理者> 安藤博行
- 電話 0 2 2 4 - 5 1 - 5 6 2 6 Fax 0 2 2 4 - 5 1 - 5 6 2 8
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日
 午前8時30分～午後17時30分

(3) その他

当事業所以外に、介護保険法令に従い市町村及び国民健康保険団体連合会等への苦情申し立てができます。

平成 年 月 日

指定通所介護サービス又は指定介護予防通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。尚、本書は2部作成して双方1部ずつ保管する。

事業所

所在地 宮城県柴田郡大河原町字南桜町4番地2
名 称 南桜デイサービスセンター

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護又は指定介護予防通所介護の提供開始に同意します。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(上記署名代理人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄 _____