

# 指定地域密着型通所介護

## 重要事項説明書

ご利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

郵便番号 679-0107

住 所 加西市玉野町1131番地の62

施設の名称	特定非営利活動法人 くつろぎ
理事長氏名	村上史明
電 話	0790-47-0883
F A X	0790-20-7132

## 重 要 事 項 説 明 書

当事業所はご契約者様に対して介護サービスを提供致します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明いたします。

### 1. 事業者の概要

事業者（法人）の名称	特定非営利活動法人 くつろぎ
事業所の所在地	〒 679-0107 加西市玉野町 1131 番地の 62
代表者（職名・氏名）	理事長 村上史明
設立年月日	平成 19 年 11 月 20 日
電話番号	0790-47-0883

### 2. ご利用事業所の概要

事業所の名称	特定非営利活動法人 くつろぎ
サービスの種類	指定地域密着型通所介護
事業所の所在地	〒 679-0107 加西市玉野町 1131 番地の 62
電話番号	0790-47-0883
指定年月日・事業所番号	平成 21 年 2 月 15 日指定 2872600578
管理者の氏名	村上 史明
運営事業の実施地域	加西市
利用者定員（一日当たり）	14 名（要支援者含め）

### 3. 事業の目的と運営方針

#### (1) 事業の目的

要介護状態等である利用者様が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、指定地域密着型通所介護のサービスを提供することを目的とします。

#### (2) 運営の方針

\* ご利用者様の人権を尊重し、その人らしさを大切にしたいサービスを行います。

\* 明るく、家庭的な雰囲気を感じ、ご利用者様がくつろぎ、楽しむ場を提供できるようにします。

\* 地域や家庭との結びつきを大切にしたい支援を行います。

\* ご利用者様が生き生きと生活でき、自立への意欲が持てるように支援します。

\* 職員は常に質の高いサービスの提供ができるように自己研鑽し、チームワークを大切にしたい魅力ある職場づくりを目指します。

#### 4. 提供するサービスの内容

当事業所において、地域密着型通所介護サービスは機能訓練、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認、その他日常生活上の世話又は送迎を行います。ご利用者様の希望により送迎を行わないことがあります。

#### 5. 営業日および営業時間

営業日	月曜日～土曜日まで（祝日・振替休日も営業）
休業日	日曜日 年末年始 12月31日～1月3日
営業時間	午前8時15分～午後5時15分
サービス提供時間	午前9時00分～午後4時15分 午前9時00分～午後1時15分

#### 6. 職員体制

職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 1名（兼任）
生活相談員	常勤 2名（兼任1名）
看護師	非常勤 3名（兼任3名）

機能訓練指導員	非常勤 3名 (兼任3名)
介護職員	常勤 3名 (兼任1名) 非常勤 3名
調理員	非常勤 2名

### 職員の職種の役割

生活相談員：ご利用者様の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。必要に応じて、ご自宅への訪問なども行います。

地域での暮らしを支えるために、他の機関と連携を行い、必要な役割を果たします。

看護職員：ご利用者様の健康状態のチェックと健康相談に応じます。

また、必要時医療機関との連携を行い、健康な生活を過ごせるように役割を果たします。

機能訓練指導員：ご利用者様の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の維持又はその減退を防止するための訓練を行います。

介護職員：ご利用者様の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

## 7. サービス利用料金

### (1) 利用料について

サービスを利用した場合の利用料は別紙のとおりです。

ご利用者様からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の 1 割～3 割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額のご負担を頂きます。

利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改訂された場合は、これらの利用料も自動的に改定されます。

尚、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします

※利用料金表は別紙をご参照下さい。

### (2) その他の費用

#### 食費

ご利用者様に提供する食事にかかる費用です。

料金：1 回あたり 600 円

レクリエーション、外食等

ご利用者様の希望によりモーニングや外食・買い物等に参加して頂いた時の費用です。

料金：実費 モーニング代・外食代（食費代以上の金額）

手芸では材料費等・買い物代

紙パンツ・パット代

料金：実費

※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、変更する1カ月前までにご説明します。

### (3) 利用料金のお支払い方法

利用料金・食費は、毎月末日で締め1カ月ごとに計算し、翌月初め  
(10日まで)に請求書を発行させていただきます。

お支払いは現金にて集金させていただきます。その他の費用(外食代・手  
芸代等)はその都度集金させていただきます。

## 8. 利用の中止、変更、追加

- ・利用中止を希望される場合は、利用予定日の当日 8 時 15 分までにご連絡ください。中止の申し出がなかった場合は、取り消し料として食材費実費（500 円）を申し受ける事がありますのでご了承下さい。但しご利用者様の急変等、緊急やむを得ない事情がある場合は、取り消し料は不要です。
- ・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他の利用可能日時をご利用者様に提示して協議致します。

## 9. 秘密の保持

介護保険法の規定に基づき正当な理由なく、知り得た個人情報決して第三者に洩らしません。契約終了後も同様です。

サービス担当者会議などご利用者様やそのご家族様の個人情報を用いる際には、ご利用者様もしくはご家族様の同意が必要となりますので、予めご了承ください。また、別紙にて「個人情報の使用に係る同意書」への署名・捺印をお願い致します。

## 10. 記録の保管

サービス提供の記録は、5 年間を限度として保管する事とします。



記録の閲覧は、ご本人及びご家族に限り可能とします。

記録の閲覧は実費（コピー代等）をいただきます。

## 11. 事故発生時の対応

(1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者様の家族、担当の居宅介護支援事業所等及び加西市等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(2) サービスの提供による事故により損害賠償が生じた場合は、誠実に対応いたします。

当事業所は損害賠償保険に加入等の必要措置を行っています。

加入保険名                      三井住友海上火災保険

当事業所の連絡担当者   村上史明

連絡先                              0790-47-0883

## 12. 苦情の受付に対して

地域密着型通所介護における苦情やご相談は以下の窓口までお申し出下さい。

事業所名	特定非営利活動法人 くつろぎ
担当者	村上 史明

電話番号	0790-47-0883
受付時間	月曜日～土曜日 午前9時00分～午後5時15分

#### 行政機関その他苦情受付機関

加西市長寿介護課	電話番号 0790-42-8788
兵庫県国民健康保険団体連合会	電話番号 078-332-5617

### 13.緊急時の対応

サービス利用時の事故発生や体調変化等の緊急時にはご家族様に連絡を取り速やかに対応します。そのため下記緊急連絡先を必ずお書き下さい。

#### 緊急連絡先

	1 番目連絡先	2 番目連絡先
氏名 (続柄)	( )	( )
自宅電話番号		
携帯電話番号		
勤務先電話番号		

自宅住所		
主治医	病院・医院名	
	医師名	
	住所	
	電話番号	

#### 14. 非常災害対策

当事業所は、事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として、災害対応マニュアルを策定し、災害時訓練を実施しています。

#### 15. 高齢者の虐待防止に対して

利用者などの人権擁護・虐待防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修などを通じて、すべての職員の人権意識の向上や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画など、適切な支援の実施に努めます。
- (3) 職員が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職

員が利用者などの権利擁護に取り組める環境の整備に  
努めます。

## 16. サービスに当たっての留意事項

- ・サービス利用中の体調不良等の病院受診は家族の方でお願い致します。
- ・事業所内の設備・器具を故意に破壊した場合は弁償をお願いすることがあります。
- ・貴重品等は自己の責任で管理をお願い致します。
- ・事業所内で提供された食事の持ち帰りは原則として禁止になっています。また、事業所内に菓子類等の持ち込みや他の利用者に手渡すことは禁止します。
- ・体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当のケアマネージャー又は事業所の担当者へご連絡ください。

## 17. 契約の終了

ご利用者様が介護保険施設に入所した場合や自立（非該当）と認定された場合などは、契約は自動的に終了します。

事業者は、利用者様へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の



署名代行者（又は法定代理人）

住所 \_\_\_\_\_

本人との続柄 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

立会人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印