

成島園デイサービスセンター 重要事項説明書

あなたに対する通所介護・介護予防通所介護の提供開始にあたり、山形県指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年12月県条例第72号）に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

要介護状態・要支援状態または事業対象者にある高齢者に対し、適正な指定通所介護・通所型サービスを提供する事を目的とします。

(2) 運営の方針

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自立した日常生活を営む事ができるように配慮します。

また、保険者、老人福祉法に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、介護保険施設等との連携に努めます。

2 当事業所の概要

事業所名称	成島園デイサービスセンター	法人種別	社会福祉法人
介護保険事業所番号	0670400308	法人名	緑成会
事業種別	通所介護	代表者役職・氏名	理事長 河田 満之
	通所型サービス		
所在地	〒992-0083 山形県米沢市広幡町成島字窪平山2120番地5		
電話番号	0238(37)4048 ファックス0238(37)4157		
通常の事業の実施地域	米沢市（この地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください。）		

(職員体制)

職種	人数	勤務形態	保有資格	勤務時間
管理者	1名	常勤 兼務	社会福祉主事 介護支援専門員	午前8時10分～午後5時10分 午前8時30分～午後5時30分 午前8時45分～午後5時45分 午前9時00分～午後6時00分
生活相談員	3名	常勤 兼務3名	社会福祉主事 介護福祉士 介護支援専門員	
介護職員	10名	常勤 専従3名 常勤 兼務3名 非常勤専従4名	介護福祉士7名	
機能訓練指導員	2名	常勤 専従1名 兼務1名	理学療法士 柔道整復師	
管理栄養士	1名	非常勤兼務1名	管理栄養士	
看護職員	1名	常勤 専従1名	准看護師	
事務員	1名	常勤 兼務		

(営業日およびサービス提供時間帯)

営業日	月曜～金曜（12月31日から1月3日までを除く。但し、12月31日、1月3日については相談に応じて営業します。）
営業時間	午前9時30分～午後4時30分

(利用定員)

利用定員	月曜～金曜 35名（通所介護・通所型サービス 合計）
------	----------------------------

(施設の概要)

建物	鉄筋コンクリート平屋建（特別養護老人ホーム成島園併設）
延べ床面積	374.47平方メートル
主な設備	・休養・養護室1室・食堂1室・機能訓練室1室・一般介助浴室1室（機械浴・個浴は併設の介護老人福祉施設・短期入所生活介護と共用） ・相談事務室1室・トイレ4カ所その他2カ所は併設の短期入所生活介護と共用） ・ボイラー室1室

3 通所介護・通所型サービスの内容

通所介護・通所型サービス計画にそって、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護等を行います。

サービス	内容
送迎	自宅の玄関まで送迎いたします。車椅子利用者の為にリフトバスでの送迎も行ないます。
食事	午前11時50分～午後0時30分（身体状況により配慮します。）
排泄	身体状況に応じ、適切な介助を行うとともに自立についても援助を行います。
入浴	身体状況に応じ、適切な介助、適切な浴室を利用できます。
機能訓練	生活機能の維持向上を図る機能訓練を行います。
相談援助	当事業所の生活相談員が誠意をもって行います。
健康管理	当事業所の看護職員の健康チェックにより、常に健康に留意します。
教養娯楽	当事業所の教養娯楽設備を利用になれます。

4 料金 重要事項説明書別紙の通り

(注) 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦介護保険適用外の場合の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、市町村の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

5 支払い方法

口座振替です。振替に係る手数料は成島園デイサービスセンターが全額負担いたします。手順は次の通りです。

- (1) 書面（預金口座振替依頼書）による手続きが完了しますと、利用の翌月の25日（消印有効）まで、「振替のお知らせ」を送付いたします。
- (2) 利用の翌々月の5日（土日祝日の場合は、荘内銀行の翌営業日）が引き落とし日となります。引き落とし日まで、「振替のお知らせ」に記載された請求金額を引き落とし口座に入金して下さい。
- (3) 引き落とし後、入金を確認し、サービスを利用された翌々月の25日（消印有効）まで、領収書（領収印を押した請求兼領収書）を送付いたします。

6 サービスの利用方法

(1) 利用申し込み

まずは、電話等で申し込みください。当事業所の職員が伺います。契約を締結後、サービスの提供を開始します。

居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所に居宅サービス計画・介護予防サービス・支援計画作成の依頼をしている場合は、事前に介護支援専門員等と相談いただき、その居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所を通して申し込みいただけます。

(2) 契約の終了

利用者は、事業者に対して1週間の予告期間において文書で通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

- ① 事業者は、天災等やむを得ない事情がある場合、利用者に対して理由を通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
- ② 事業者は、事業を廃止又は休止する場合、利用者に対して30日間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- ③ 利用者は、次に掲げる事由に該当した場合は、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ア 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - イ 事業者が守秘義務に反した場合
 - ウ 事業者が利用者やその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
- ④ 事業者は、次に掲げる事由に該当した場合は、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ア 利用者がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく合算して3ヵ月以上遅滞し、事業者が利用者に対し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合
 - イ 利用者又はその家族が事業者やサービス従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難い背信行為を行った場合
- ⑤ 次に掲げる事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ア 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - イ 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

ウ 利用者が死亡した場合

7 当施設利用に当たっての留意事項

送迎時間の連絡	利用の前日午前9時～午後5時30分の間に、迎えの時間の連絡をします。前日に連絡が取れない場合は、事前に通知ください。 なお、連絡表に次回利用時の迎え時間を記入しますので確認ください。
体調確認	体調確認を送迎時間の連絡時とお迎えの時にいき、利用の可否を確認いたします。
健康上の理由による中止	・風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。 ・当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止をすることがあります。この場合、家族に連絡のうえ、適切に対応します。 ・利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。この場合家族に連絡のうえ、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所で願います。原則として飲酒は遠慮してください。
設備器具の利用	施設内の設備、器具は本来の用法に従って利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合があります。
所持品	通所介護・通所型サービス利用上、必要となる最小限の持ち込みになります。これを越えての持ち込みは原則として断ります。
薬	利用中必要な薬は持参ください。
禁止事項	施設利用にあつた集団生活の規律と秩序を守り節度をもって、迷惑行為は遠慮願います。
現金管理	現金、貴重品等の持ち込みは原則として断ります。
連絡表	利用初日に「通所介護連絡帳」に、必要事項を記入のうえ持参ください。
オムツ	オムツ利用者の方は、利用時に必要となる枚数を持参してください。（紙パンツ含む）

8 非常災害対策

非常災害時の対応	別途定める特別養護老人ホーム消防計画に則り対応します。			
近隣との協力関係	「社会福祉法人緑成会・成島部落自主防災会防災相互応援協定」と「災害時施設相互応援協定」を締結し、非常時の救援を要請しています。			
平常時の訓練等	消防計画に則り、月1回、避難訓練を利用者の方も参加して実施します。その他、応援協定に基づく合同災害訓練を実施します。			
防災設備 特別養護老人ホームと共用	設備名	整備状況	設備名	整備状況
	非常口	有	補助散水栓	有
	内装材	適	自動火災報知	有
	防火戸・防火シャッター	有	漏電火災警報	有
	非常警報	有	誘導灯	有
	防火用水	有	カーテン防炎	適
	火災通報装置	有	ガス漏れ報知器	有
	消火器	有	スプリンクラー設備	有

9 相談、苦情等の窓口

当事業所のサービスに関する相談、苦情等は当事業所の次の担当者まで申し出下さい。

受付時間	月曜～金曜 午前8時30分～午後5時30分
担当者	当事業所 管理者 佐藤 潤
電話番号	0238(37)4048 ファックス0238(37)4157

※ 上記相談窓口のほか、福祉サービス上の相談苦情受付窓口もあります。

※ 当事業所の事務室前に意見箱を設置しております。

10 緊急時の対応方法

事業者は、現に通所介護・通所型サービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又は歯科医師・緊急連絡先への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、次の医師に連絡する等、必要な措置を講ずるほか次に定める緊急連絡先に連絡します。（表左列の数字は連絡の優先順位）

11 事故発生時の対応方法

事業者は、利用者に対する通所介護・通所型サービスの提供により事故が発生した場合は、県、市町村、利用者の家族、利用者の係る居宅支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。

12 虐待の防止

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、必要な措置を講じます。

病院又は診療所名			
医師名	先生	診療科目	
電話番号	Tel () fax ()	住所	

緊急連絡先

1	氏名：	住所：	自宅Tel
	続柄：	勤務先：	携帯Tel
2	氏名：	住所：	自宅Tel
	続柄：	勤務先：	携帯Tel
3	氏名：	住所：	自宅Tel
	続柄：	勤務先：	携帯Tel

以上の重要事項説明が行われたことを証するため、本重要説明書2通を作成し、利用者及び事業者は、署名捺印の上、各自その1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

私は、本重要事項説明書及び重要事項説明書別紙により事業者から通所介護・通所型サービスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者	住所	〒 -			Tel -	
	氏名	印	代書の場合その理由			
			代書者氏名 (関係)	印 ()		
	家族代表者 (代理人)	住所	〒 -			Tel -
		氏名	印	利用者との関係		
	料金支払者	住所	〒 -			Tel -
		氏名	印	利用者との関係		

通所介護・通所型サービス利用に当たり、利用者に対し本重要事項説明書及び重要事項説明書別紙に基づき、重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	〒992-0083 山形県米沢市広幡町成島字窪平山2120番地5			
	名称	成島園デイサービスセンター			
	説明者	所属	成島園デイサービスセンター	氏名	印

※本重要事項説明書とともに、「契約書」にも署名捺印いただいた上でサービスを開始させていただきます。