

介護予防認知症対応型通所介護 / 認知症対応型通所介護

説明書・重要事項説明書

だいろく介護支援センター
伊勢原市指定 第1494000100号

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容を次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 大六福社会
- (2) 法人所在地 神奈川県 伊勢原市子易1254-4
- (3) 電話番号 0463-93-5521
- (4) 代表者氏名 理事長 大津 順一
- (5) 設立年月 昭和54年1月29日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所（平成22年7月1日指定）
伊勢原市第1494000100号
- (2) 事業所の名称 だいろく介護支援センター
- (3) 事業所の所在地 神奈川県 伊勢原市子易1254-4
- (4) 電話番号 0463-93-5521
- (5) 事業所長（管理者）氏名 大津 むつみ
- (6) 当事業所の運営方針 * 尊厳・自立・愛 を基本理念とし、要介護である認知症利用者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が出来るよう努め、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家族の身体的及び利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るために、適切な介護サービスを提供いたします。
- (7) 開設年月 平成22年7月1日
- (8) 営業日およびサービス提供時間

営業日	月～金 年末年始（12/30-1/3を除く）
時間	午前8時50分～午後4時00分

- (9) 利用定員 12名

3. 職員の配置状況

職種	従事するサービス種類・業務	備考
管理者	管理	1名
サービス提供責任者	生活相談員	1名
介護職員	ケアワーカー	2名（常勤1名・常勤兼務1名）
看護職員	看護	2名（非常勤兼務2名）
機能訓練指導員	機能訓練	2名（非常勤兼務2名）

4. 当事業所が提供するサービスの内容

- (1) 地域密着型認知症予防通所介護および地域密着型認知症通所介護（以下「通所サービス」という。）は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴および食事の提供（これらに伴う介護を含む）生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。
- (2) 事業者は、次の施設及びサービス利用票の日程によりサービスを提供します。
- (3) サービス提供にあたっては、別添の「通所介護計画書」（ケアプラン）に沿って計画的に提供します。

5. サービス提供の記録等

- (1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「通所介護記録書」の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。
- (2) 事業者は、一定期間ごとに「通所介護計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「通所介護記録書」等を作成します。
- (3) 事業者は、前記「通所介護記録書」その他の記録を作成完了後5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

6. サービス提供担当者

サービス提供の担当者は、次のとおりです。

サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名：石田 博光 連絡先（電話）：0463-93-5521

7. 利用者負担金

- (1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、別表のとおりです。
- (2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です
- (3) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）
- (4) 利用者負担金は、毎月27日にご指定の金融機関の口座から引き落としさせていただきます。
（※又は、毎回現金にてお支払いいただきますので、よろしくお願いします。）
（注）交通費は、事業者の通常の送迎地域をこえる場合にのみ必要となります。

8. キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先（又は前記のサービス提供責任者連絡先）までご連絡ください。 連絡先（電話）：0463-93-5521
- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。
- (3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 期	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前日まで	無 料	
サービス利用日の当日	500円	食材料費相当分

9. 秘密の保持

当事業所の介護支援専門員やその他の職員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご契約者及びその家族等の秘密を漏らしません。また秘密保持のための監視を常に怠りません。

10. 事故発生時の対応

当事業所は、万全の体制で指定居宅介護のサービス提供にあたりますが、万一事故が発生した場合には、速やかにご契約者及びその家族等にご連絡するとともに、事故に遭われた方への救済、事故拡大の防止などの必要な措置を講じます。また、ご契約者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに対応いたします。

11. 相談窓口、苦情対応

◎ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

施設お客様相談コーナー	住所	伊勢原市子易1254番地4
	電話番号	0463-93-5521
	FAX番号	0463-93-5522
	相談員（責任者）	石田 博光
	対応時間	TEL・月～金/9:00～17:00 FAX・24時間対応

◎ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

伊勢原市役所 介護高齢課	住所	伊勢原市田中348番地
	電話番号	0463-94-4722（介護高齢課直通）
	FAX番号	0463-94-2245
	相談員（責任者）	介護保険係
	対応時間	TEL・月～金/8:30～17:15（年末年始を除く） FAX・24時間対応

◎ 神奈川県国民健康保険団体連合会(国保連)

TEL：045-329-3447または0570-022-110（年末年始を除く）
住所・横浜市中区楠町27-1

12. その他

(1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

【説明確認欄】

居宅サービス契約にあたり上記のとおり説明します。

令和 年 月 日

事業者所在地 伊勢原市子易1254-4
事業者名 だいろく介護支援センター
説明者

印

居宅サービス契約にあたり上記のとおり説明を受け、同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者住所 伊勢原市

氏 名

印

代理人または立会人
住 所

氏 名

印