通所介護サービス説明書・重要事項説明書

だいろく介護支援センター
神奈川県指定　第1474000070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

⑴ 法人名　　社会福祉法人　大六福祉会
⑵ 法人所在地　　神奈川県　伊勢原市子易１２５４－４
⑶ 電話番号　　０４６３－９３－５５２１
⑷ 代表者氏名　　理事長　　大津 順一
⑸ 設立年月　　昭和５４年1月２９日

2．事業所の概要

⑴ 事業所の種類　　指定通所介護事業所（平成１２年2月１日指定）
神奈川県第１４７４０００７０号
⑵ 事業所の名称　　だいろく介護支援センター
⑶ 事業所の所在地　　神奈川県　伊勢原市子易１２５４－４
⑷ 電話番号.　　０４６３－９３－５５２１
⑸ 事業所長（管理者）　森　淳
⑹ サービス提供地域　　伊勢原市
⑺ 当事業所の運営方針＊尊厳・自立・愛　を基本理念とし、個を尊重し、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。
⑻ 開設年月　　平成１年5月1日
⑼ 営業日およびサービス提供時間、営業時間

営 業 日	月～土　（年末年始(12／30－1／3)）
サービス提供時間	午前８時５５分～午後4時００分
営　業　時　間	午前８時００分～午後5時００分　（電話相談などお受けします）

⑼ 利用定員　　３５名　（要支援者、事業対象者、要介護者を含む）

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
生活相談員	各関係機関との連絡調整・相談窓口	２名（うち兼務2名）
介護職員	入浴・排泄・食事等の支援	１１名（常勤９名・非常勤２名）
看護職員	体調管理・医療処置	2名（常勤０名・非常勤3名）
機能訓練指導員	機能訓練	３名（常勤０名・非常勤3名）
調理員		
管理栄養士		

4．当事業所が提供するサービスの内容

⑴ 「通所介護サービス」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
その他ご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。
⑵ 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。
⑶ 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

⑴ 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、ご利用者の確認を受けます。
⑵ 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。
⑶ 事業者は、前記「通所介護記録書」その他の記録を契約終了後５年間は適正に保管し、ご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：　森　　淳　　連絡先（電話）：0463−93−5521

7．利用者負担金

⑴ ご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。
⑵ この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です（※又は、介護保険の法定利用料の範囲内で当社が設定した金額です）。
⑶ 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、ご利用者の同意を得ることになります。）
⑷ 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

⑴ ご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（又は前記の生活相談員連絡先）までご連絡ください。　　連絡先（電話）：0463−93−5521
⑵ 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日までにご連絡ください。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になりますので、ご了承ください（ただし、ご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）。
⑶ 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．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。

当社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）　森　　淳 対応時間　TEL・月～土／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 長寿介護課	住所　伊勢原市田中３４８番地 電話番号　０４６３−９４−４７１１ ＦＡＸ番号　０４６３−９４−２２４５ 相談員（責任者）　介護保険担当 対応時間　TEL・月～金／８：３０～１７：００　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
住所・横浜市中区楠町２７−１

10. 事故発生時の対応

(1) ご利用者のサービス提供に対し万全の体制で提供いたしますが、万一事故が発生した場合には速やかにご利用者及び家族等に、ご連絡するとともに、事故に遭われた方への救済、事故拡大防止に努めた必要な措置を講じます。

11. 秘密の保持

(1) 当事業所の職員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びそのご家族等の秘密を漏らしません。また秘密保持の為の資料等の管理を徹底致します。

12. 非常災害対策

(1) 事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

13. 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。

(2) 上記のとおり、通所介護サービス及び重要事項について説明を行い、利用者及び事業者が１通ずつ保有します。

【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