

NO _____

重 要 事 項 説 明 書

(通 所 介 護)

社 会 福 祉 法 人 一 石 会

デ イ サ ー ビ ス セ ン タ ー 風 の 樹

通所介護重要事項説明

< 年 月 日現在 >

あなた(利用者)に対するサービスの提供開始にあたり、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. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	社会福祉法人 一石会
主たる事務所の所在地	〒198-0023 東京都青梅市今井五丁目2440-141
代表者(職名・氏名)	理事長 大堀 洋一
設立年月日	昭和58年11月30日
電話番号	0428-31-3666

定款の目的に定めた事業
(営業所数)

1. 介護老人福祉施設 (2カ所)
2. 短期入所生活介護 (2カ所)
3. 通所介護 (5カ所)
4. 居宅介護支援 (3ヶ所)
5. 訪問介護 (1ヶ所)
6. 認知症対応型通所介護 (2ヶ所)
7. 認知症対応型共同生活介護 (1ヶ所)
8. 小規模多機能型居宅介護 (1ヶ所)
9. 地域包括支援センター (1ヶ所)
10. その他これに付随する業務

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター風の樹	
サービスの種類	通所介護通常規模型(東京都 1374600532)	
事業所の所在地	〒207-0032 東京都東大和市蔵敷三丁目873-1	
電話番号	042-561-3882	
指定年月日・事業所番号	平成17年5月1日	1374600532
実施単位・利用定員	1単位	定員40人
通常の事業の実施地域	東大和市・武蔵村山市	

※ 上記以外の方でもご希望の方はご相談ください。

3. 同センターの職員体制

職 種	常 勤	非常勤	計	備 考
管 理 者	1名	0名	1名	生活相談員と兼務
生活相談員	3名	0名	3名	管理者と兼務（1名） 介護職員と兼務（2名）
看 護 職 員	0名	5名	5名	機能訓練指導員と兼務
介 護 職 員	2名	12名	14名	生活相談員と兼務（2名）
機能訓練指導員	0名	5名	5名	看護師と兼務

4. 同センターの設備概要

定員	40名	床面積	279.97㎡
食堂兼機能回復訓練室	195.96㎡	静養室	18.9㎡
機械浴室	23.31㎡	事務室	19.93㎡
送迎車	6台	その他	21.87㎡

5. 営業時間

営 業 日	月曜日から土曜日まで ただし、年始(1月1日から1月3日)を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス 提供時間	午前9時00分から午後5時30分まで 延長時間は、午前8時30分から午前9時00分まで 及び 午後5時00分から午後6時00分までとします。

6. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援・介護状態にある利用者が、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、介護(予防)サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	利用者の皆様が自らの意思に基づき、可能な限り自立した質の高い生活を送る事ができるように、高齢者の自立支援を基本理念におき社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上、ご家族の身体的、精神的負担の軽減を目的にサービスの提供に努めます。

7. サービス内容

- ① 送 迎:安全運行を第一に利用者の心身の状態に応じて援助します。利用者に疲労感を与えないよう、また、負担にならない行程や順回路を計画します。
- ② 食 事:「ゆとりある楽しい食事」を目標に、利用者の心身状況や能力に応じた食器・自助具を使用し、できるだけ自分で食べられるよう指導すると共に、献立は高齢者に合わせ、栄養面や健康面を考えた手作りの食事を提供します。
- ③ 入 浴:自尊心と羞恥心への配慮の基に、安全でゆとりある入浴を利用者個人の心身状況や能力に応じた援助とします。
- ④ 個別機能訓練:機能訓練が必要とされる方に、日常動作訓練やホットパック、マイクロ波を使用した温熱治療を行います。個別の計画に基づき、専門職からの的確なアドバイスのもとに行います。
- ⑤ 口腔機能向上:口腔清潔に問題のある方、摂食・嚥下機能に問題のある方等、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる方に提供させていただきます。個別の計画に基づき、専門職からの的確なアドバイスのもとに行います。
- ⑥ 栄養改善:BMIが標準を大きく下回る方、体重の減少が認められる方、栄養面や食生活に問題のある方等、栄養改善サービスが必要だと認められる方に提供させていただきます。個別の計画に基づき、専門職からの的確なアドバイスのもとに行います。
- ⑦ 生活相談:在宅での生活が快適に送れるよう、また、サービス等が円滑に受けられるよう生活相談員がお手伝いいたします。

8.利用料

(1)利用料金

別紙1(通所介護利用料金表)を参照ください。

(2)キャンセル料

利用予定日の午前8:30以降にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	発生しません
利用予定日の午前8:30以降	800円(食費・おやつ代相当額)

(注)利用当日の午前8:30以前のキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(3)支払方法

利用料(利用者負担分の金額)は、1ヵ月ごとにまとめて請求します。下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月の中旬までに差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし <input type="checkbox"/>	サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は翌日以降)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします (金融機関名) 支店 普通口座
銀行振り込み <input type="checkbox"/>	サービスを利用した月の翌月の27日までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 西武信用金庫 桜街道支店 普通口座 0171700
現金払い <input type="checkbox"/>	サービスを利用した月の翌月の27日までに、現金でお支払いください。

9.非常災害対策

・災害時の対応

自主防災組織が活動します。また、火災が発生すると自動的に消防署へ、連絡が行くようになっています。当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時対応マニュアルを策定しております。

災害時の備蓄燃料として、3日分の飲料水(1,440ℓ)、3日分の備蓄食料(140食)、備蓄燃料を常時確保しています。

○防火設備: 消火器、屋内消火栓、スプリンクラー

○防災訓練: 月1回、様々な場면을想定して実施しています。

○防火責任者: 施設長 槐 泰成

10.緊急時の対応

サービス提供中に容体に変化があった場合、その他緊急事態が生じたときは、主治医、救急隊員親族、居宅介護支援事業所等へ速やかにご連絡を行い、必要な措置を講じます。

11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の東大和市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 042-561-3882 面接場所 当事業所の相談室他
---------	-------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	東大和市福祉部高齢介護課	電話番号 042-563-2111
	東京都国民健康保険団体連合会	電話番号 03-6238-0177

13. その他の重要事項

- (1) 現金、貴金属品、その他紛失しては困るものに関しましては、センターに持参されないようお願い申し上げます。万が一持参し、紛失しましても当センターは一切責任を負いかねます。
- (2) 食物、飲料については持参されないようお願い申し上げます。持参された食物、飲料についての事故(過剰摂取・誤嚥)に関しましては一切責任を負いかねます。
- (3) 利用者送迎時に鍵を荷物等と一緒に持参される場合、鍵等の紛失、その他の被害等については一切責任を負いかねます。
- (4) 利用者送迎時にご家族不在の為、その際不測の事態が発生した場合において、全ての責任は代理人、その他家族に帰するものとし、当センターは一切責任を負いかねます。

年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 東京都東大和市蔵敷3丁目873-1

名称 社会福祉法人 一石会

デイサービスセンター風の樹

代表者職 センター長 橋本 鮎美 印

説明者職 生活相談員 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印