

重要事項説明書

デイサービスセンター ひまわり

重要事項説明書

<令和6年4月1日現在>

1 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 0274-23-8411 (8時30分～17時30分)

担当 管理者 武井 めぐみ

※ ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 デイサービスセンター ひまわり の概要

(1) 提供できるサービスの種類 通所介護及び付随サービス

(2) 施設の名称及び所在地等

| | |
|---------------|---------------------------|
| 施設名称 | デイサービスセンター ひまわり |
| 所在地 | 群馬県藤岡市藤岡1415-1 |
| 介護保険指定番号 | 通所介護事業者番号(群馬県1070900814号) |
| サービスを提供する対象地域 | 群馬県藤岡市、高崎市新町 |

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(3) 同センターの職員体制

| | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 | 計 | |
|---------|---------|-------|------------|-------|-------|
| 管理者 | 名() | 1名() | サービス管理全般 | 1名() | |
| 生活相談員 | 1名(2) | 1名() | 生活上の相談等 | 2名(2) | |
| 機能訓練指導員 | 3名(1) | 名() | 機能回復訓練等 | 3名(1) | |
| 事務職員 | 1名() | 名() | 一般事務・料金請求等 | 1名() | |
| 看護職員 | 看護師 | 名() | 医療・健康管理業務等 | 名() | |
| | 准看護師 | 3名() | | 2名() | 5名() |
| | 介護福祉士 | 1名(2) | 日常介護業務等 | 1名(2) | |
| | 1～2級修了者 | 名() | | 名() | 名() |
| | 3級修了者 | 名() | | 名() | 名() |
| その他 | 4名(4) | 5名() | | 9名(4) | |

() 内は男性再掲

4) 同センターの設備の概要

| | | | |
|----|-----|-----|----|
| 定員 | 35名 | 静養室 | 1室 |
|----|-----|-----|----|

| | | | |
|----|------|-------|-----|
| 食堂 | 1 室 | 相談室 | 1 室 |
| 浴室 | 一般浴槽 | 機能訓練室 | 1 室 |
| | 特殊浴槽 | 送迎車 | 5 台 |

(5) サービス時間

| | |
|-----------|--------------|
| 月～土（祝日含む） | 9時30分～16時40分 |
|-----------|--------------|

日曜日・年末年始（12月31日～1月3日）は休業とさせていただきます。

3 サービス内容

通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助その他必要な介護を行います。

4 料 金

(1) 別表のとおり。

(2) 支払方法

毎月10日までに前月分の利用料金を請求いたしますので、25日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当施設職員がお伺いいたします。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前にその介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービス利用契約の終了

① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当施設の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了30日間前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ 利用者が介護保健施設に入所した場合・・・入所日の翌日
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた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・・・非該当となった日
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合・・・死亡日の翌日

④ その他

- ・ 当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、

利用者、ご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、または当施設が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払を30日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院または病気等により3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただくことができます。

6 サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

7 事故発生時の対応

当事業所は、万全の体制で指定訪問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に連絡すると共に、事故にあわれた方への救済、事故拡大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には、誠意をもって速やかに対応致します。

8 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の利用者相談・苦情担当

当事業所の訪問サービスに関するご相談・苦情を承ります。

担当 武井 めぐみ 電話 0274-24-8411

(2) その他

当事業所以外に、下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

○藤岡市（介護保険課） 電話 0274-22-1211

○高崎市（長寿社会課） 電話 027-321-1248

○群馬県国民保険団体連合会 電話 027-290-1323
（苦情処理相談窓口）

9 第三者による評価の実施状況 あり なし

令和 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及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

<事業者名> 株式会社 コンフォートプレイス
代表取締役 戸丸 正志
<事業所名> デイサービスセンター ひまわり ㊞
(指定番号) 群馬県 1070900814 号
<住所> 群馬県藤岡市藤岡 1 4 1 5 - 1
<代表者名> 管理者 武井 めぐみ ㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け同意し交付を受けました。

利用者

住所
氏名 ㊞

御家族等

住所
続柄
氏名 ㊞

(代理人)

住所
氏名
職名 ㊞

