

重要事項説明書

社会福祉法人あかり福祉会
デイサービスセンターさんきゅうあかり

デイサービスセンター さんきゅうあかり

重 要 事 項 説 明 書

＜令和４年４月１日現在＞

1. 当事業所が提供するサービスについての窓口

電 話 ０７９－４２５－０８８８ F A X ０７９－４２５－７７９９
営 業 日 月曜日～土曜日 ただし、日曜日及び１２月２９日～１月３日まで休業
営業時間 午前９時～午後１６時

2. 当事業所の概要

事業所名 デイサービスセンターさんきゅうあかり
所 在 地 加古川市神野町石守２３８－１
事業所番号 ２８７２２０１２５２
通常事業区域 加古川市

3. 当事業所の職員

管理者 １名
生活相談員 １名
介護職員 ２名以上
看護職員 １名以上
機能訓練指導員 １名以上

4. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的 要支援状態にある高齢者に対し、介護予防型通所サービスを提供することを目的とする。

事業の方針 当事業所の介護予防型通所サービス提供従事者は、要支援状態の特性を踏まえて、その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ことが出来るよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消、及び心身機能の維持、並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減をはかるために、必要な日常生活上の世話、及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。

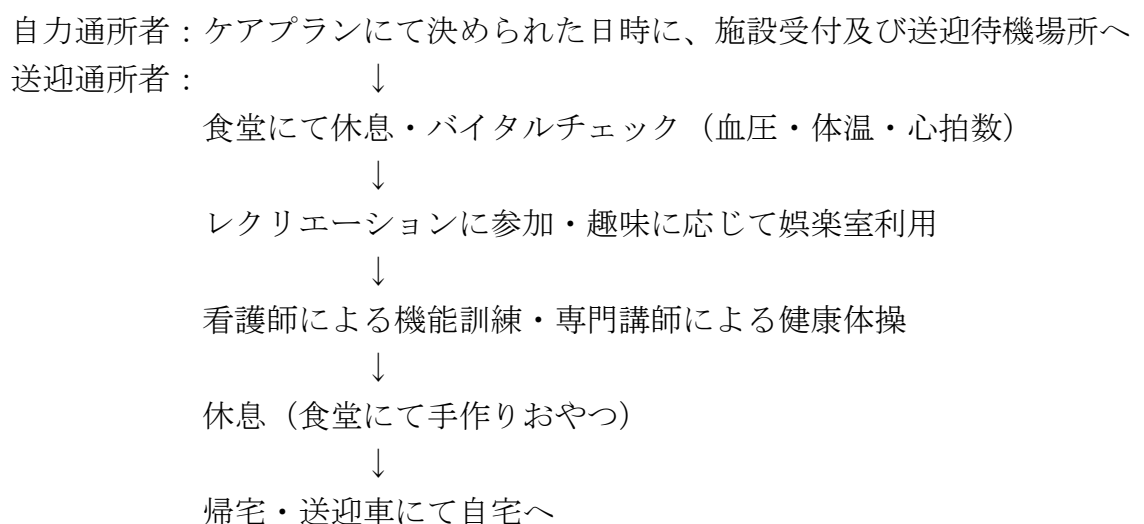
5. 利用施設の概要

- ① 建物の構造 : 鉄骨造 4階建
1F 食堂・浴室（一般浴槽：2槽、特殊浴槽：2機）
相談室・娯楽室・機能訓練室
- ② 延床面積 : 458.54㎡
- ③ 利用定員 : 18名
- ④ サービス提供時間 : 6時間以上7時間未満（9時～16時）

6. サービスの内容と料金（自己負担分）

- ① 介護保険法に定める要介護度、利用時間区分、サービス体制加算等別に、厚生労働大臣が定める基準による。
- ② 食材費及び加工費として400円徴収する。
- ③ 利用料の支払いは、指定銀行（兵庫南農協・郵便局）から翌月20日に1ヶ月分、自動引き落としとする。又は、現金で1ヶ月分、一括払いとする。

7. サービス提供の手順



8. 相談窓口・苦情窓口

ご相談や苦情がございましたら、当施設の下記窓口まで、遠慮なくお申し出てください。

連絡先 : デイサービスセンター さんきゅうあかり
担当者 : 生活相談員

加古川市役所 介護保険課

住所 : 加古川市加古川町北在家 2000
電話 : 079-427-9123

兵庫県国民健康保険団体連合会

住所 神戸市中央区三宮 1-9-1-1801
電話 078-332-5617

9. 秘密保持

当施設がサービスを提供する際に、利用者の方、又そのご家族に関して、当施設が知り得た情報については、決して他に漏れないようにします。

10. 緊急時等における対応

当施設の介護職員等は、サービス提供中に、利用者の体調に異常、その他、緊急事態が生じたときには、速やかに家族、並びに主治医に連絡する等の措置を講じます。

11. 損害賠償

ご利用の方に対して、当施設の責任において、賠償すべき事が起こった場合は、当施設は、ご利用の方に賠償を致します。

12. 非常災害対策

当施設は、非常災害に備えて、消防計画に基づき、定期的に非常警報装置の等の点検を行うと共に、最低年2回は防火避難訓練、救出訓練を実施致します。

(付則)

この規定は、平成18年4月1日から適用する。

この規定は、平成21年4月1日から適用する。

この規定は、平成24年4月1日から適用する。

この規定は、平成25年4月1日から適用する。

この規定は、平成29年4月1日から適用する。

この規定は、平成30年10月1日から適用する。

この規定は、令和 4年 4月1日から適用する。

において

通所介護利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

加古川市神野町石守 238-1

デイサービスセンター さんきゅうあかり

印

私は、本書面により事業者から重要な事項の説明を受け、利用料金の自己負担金額及び、その支払い方法についても了解いたしました。

私は、ケアプランにより定められた日時に、貴施設に通所し、各種サービスを利用いたしたく申し込みます。

利用者住所

印

代理人住所

印

理事長 磯野 直子

個人情報使用同意書

私（利用者）及び、その家族等の個人情報については、令和 年 月 日 付けの重要事項における秘密保持に関し、下記の場合に必要とする範囲内で使用する事に同意します。

記

- 1 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、利用者のサービス計画に基づくサービス等を、円滑に実施するために行う、サービス担当者会議等において使用する場合。
- 2 私（利用者）が入院等、医療機関で受診するときに、医療機関に対し、個人情報を使用する場合。
- 3 事業者が、契約終了によって、利用者を他の施設へ紹介するなどの援助を行うに際し、必要な個人情報を使用する場合。

令和 年 月 日

社会福祉法人 あかり福祉会
デイサービスセンター さんきゅうあかり 御中

利 用 者 住 所

氏 名 印

利用者家族 住 所

氏 名 印

利用者は、署名ができない為、利用者の意思を確認の上、私が代行します。

署名代行者 住 所

氏 名 印

以上