

# 重要事項説明書

指定介護予防通所介護事業所

デイサービス らいふあかり

# デイサービス らいふあかり

## 重 要 事 項 説 明 書

<平成25年4月5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      079-423-1881      F A X      079-423-3399

営 業 日      月曜日～土曜日    ただし、日曜日及び1月1日～1月3日まで休業

営業時間      午前9時～午後5時

### 2. 当事業所の概要

事業所名                      社会福祉法人 あかり福祉会    デイサービス らいふあかり

所 在 地                      加古川市加古川町中津557-1

事業所番号                      2872202912

通常事業区域                      加古川市、稲美町、播磨町、高砂市、加西市

### 3. 当事業所の職員

管理者                      1名                      (常勤兼務)

生活指導員                      2名以上

介護職員                      2名以上

看護職員                      2名以上

機能訓練指導員                      2名以上

送迎員 2 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、適切な指定介護予防通所介護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通所介護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

1 F 食堂・浴室（一般浴槽：2 槽、特殊浴槽：1 機）

相談室・娯楽室・機能訓練室

② 延床面積 : 324.13 m<sup>2</sup>

③ 利用定員 : 40 名

- ④ サービス提供時間 : 6 時間以上 7 時間未満 ( 9 時 ~ 1 7 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支援度、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 4 0 0 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 2 0 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

自力通所者 : ケアプランにて決められた日時に、施設受付及び送迎待機場所へ

送迎通所者 : ↓

食堂にて休息・バイタルチェック ( 血圧・体温・心拍数 ) ・入浴

↓

レクリエーションに参加・趣味に応じて娯楽室利用

↓

看護師による機能訓練・職員による体操

↓

休息 ( 食堂にておやつ )

↓

帰宅・送迎車にて自宅へ

## 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。

① 連絡先 : デイサービス らいふあかり

② 担当者 : 生活相談員

## 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、利用者の体調に異状、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。

令和

年

月

日

時

分

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。

事業所所在地

加古川市加古川町中津557-1

施設名

デイサービス らいふあかり

説明者

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、貴施設に適所し、各種サービスを利用いたし

たく申し込めます。

利用者住所

氏 名

印

代理人住所

氏 名

印

デイサービス らいふあかり

加古川市加古川町中津 557-1

理事長 磯野 直子