

有限会社 アットホーム

デイサービスH I M E 重要事項説明書

1 当事業所の概要

事業所名	デイサービスH I M E	
所在地	愛知県蒲郡市中央本町1-7	
電話番号	0533-68-3490 (FAX) 0533-74-8491	
指定事業所番号	2373301361	
提供サービスの種類・定員	通所介護サービス及び介護予防通所サービス・25人	
管理者及び連絡先	管理者	連絡先
	阪本 昇	0533-68-3490
通常サービス提供地域	蒲郡市内・幸田町	

2 事業所の職員体制等

職種	人員
管理者	1名（常勤兼務1名）
サービス担当職員	9名
サービス提供者	生活相談員 2名 以上 看護職員 2名 以上 介護職員 4名 以上 機能訓練指導員 2名 以上 ※ 合計人数は、兼務者がいるため上記9名を超します。

3 営業日・営業時間・サービス提供時間

営業日：月～土営業、日曜日休日

その他休日は12/31～1/3の4日間とします。

営業時間：午前8時30分～午後5時30分

通常のサービス提供時間：7時間以上8時間未満の、その時間帯はおおむね午前9時10分から午後4時15分とします。

4 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。

デイサービスH I M E 通所介護事業所 担当 阪本 昇	電話 0533-68-3490 FAX 0533-74-8491
----------------------------------	-------------------------------------

※公的機関においても、次の機関に苦情申し出等ができます。

東三河広域連合 介護保険課	電話 0532-26-8471
愛知県国民健康保険団体連合会	電話 052-971-4165

サービス内容説明

1 サービスの内容

(1) 「通所介護サービス」は、事業者が運営する特定の施設に送迎し（希望確認）、当該施設において、健康チェック、入浴、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、その他利用者に必要な生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。

「介護予防通所サービス」は事業者が運営する特定の施設に送迎し（希望確認）、当該施設において、健康チェック、入浴（これらに伴う介護予防を含む）生活等に関する相談・助言、その他利用者に必要な生活上の世話、並びに機能訓練、レクリエーションなどを行い、介護予防をするサービスです。

(2) 事業者は、次の施設及び日程によりサービスを提供します。

(3) サービス提供に当たっては、別添の「通所介護サービス計画書」に沿って提供します。

《サービス提供の施設》

施設所在地	愛知県蒲郡市中央本町1-7
施設名	デイサービスHIME
電話番号	0533-68-3490

《サービス提供日と時間帯》

サービス提供日：月曜日～土曜日（但し12/31～1/3の間の任意の4日間を除く）

サービス提供時間帯：午前9時10分～午後4時15分まで

2 サービス提供の記録等

(1) サービスを提供した際には、あらかじめ定められた「通所介護サービス記録書」等の書面に必要事項を記入して、サービス提供終了時に利用者の確認を受けます。

(2) 事業者は、一定期間ごとに「通所介護サービス計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等に関する「通所介護サービス記録書」等の書面を作成して介護支援事業者に提出します。

(3) 事業者は、前記の「通所介護サービス記録」等の記録を作成完了後5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、その写しを交付します。

3 サービス提供責任者

(1) サービス提供の責任者は、次のとおりです。

(2) サービスについて御相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せ下さい。

管理者 氏名：阪本 昇 連絡先（電話）0533-68-3490

生活相談員 氏名：西浦 賢一 連絡先（電話）0533-68-3490

4 利用料金と利用者負担

(1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、次のとおりです。

① 介護保険法による基本料金を頂きます。

② 介護保険法に基づく加算分を頂きます。

③ 食費 (1食650円 おやつ代100円含む)

(①②は法の改正による変更が生じた場合、その都度別紙でお知らせいたします。)

☆ 施設外レクレーション等の企画を準備していますが、有料の企画(利用者負担)もあります。その場合は、事前にご説明し、合意を得て希望者のみに参加していただきます。

☆ 利用者負担金計

＝要介護別利用者負担金① + 当該加算分の利用者負担② + 食費③

(2) 利用者負担金は当月末に締めて翌月10日以降に明細書(請求書)を利用者本人またはご家族にお渡しします。お支払いは原則弊社指定の金融機関による口座振替となります。振替日は毎月15日です。(15日が金融機関休みの場合翌営業日)ご契約の締結時に合わせて口座振替の手続きを行っていただきます。

5 キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用内容を中止する場合には、速やかに次の連絡先にご連絡下さい。

連絡先：デイサービスH I M E 通所介護事業所 (電話) 0533-68-3490

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までご連絡下さい。

6 事故発生時の対応について

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7 第三者評価の実施状況について

第三者評価は実施していません。

8 その他

(1) サービス従事者に対する贈り物や飲食のもてなしは一切ご遠慮させていただきます。

(2) 施設ご利用の際ご持参いただくものは別途ご説明いたします。

サービス契約に当たり上記のとおり説明しました。

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 蒲郡市中央本町1-7
事業所名 デイサービスHIME

説明者名 _____

上記の内容について説明を受け、同意しました。

(利用者) _____
氏 名

(代理人) _____
氏 名