

通所介護 重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、十日町市条例の規定に基づき、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	社会福祉法人妻有福祉会
主たる事務所の所在地	〒949-8525 新潟県十日町市新宮乙195番地3
代表者（職名・氏名）	理事長 蔵品 泰治
設立年月日	昭和30年11月1日
電話番号	025-758-2050

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アップルつまり	
サービスの種類	通所介護	
事業所の所在地	〒948-0082 新潟県十日町市本町二丁目4番地1	
電話番号	025-755-5087	
指定年月日・事業所番号	平成27年9月16日指定	1571001138
実施単位・利用定員	1単位	定員27人
通常の事業の実施地域	十日町市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護にある利用者が、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、居宅サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

通所介護は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	毎日 日曜日を除く	営業時間	8:00～17:00
サービス提供時間	9:00～16:15		
受入可能時間	8:00～18:00		

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数（兼務）		
生活相談員	常勤 3人	非常勤 0人	計 3人
看護職員	常勤 1人	非常勤 2人	計 3人
介護職員	常勤 4人	非常勤 2人	計 6人
機能訓練指導員	常勤 2人	非常勤 1人	計 3人

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。
サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 樋口 信二
管理責任者の氏名	施設長 宮内 博昭

8. 利用料

別紙によります。加算等の改定の都度、変更した別紙を配布しますのでご確認ください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

10. 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、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 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 025-758-2050 受付担当者 宮内 博昭
---------	----------------------------------

(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	十日町市医療介護課介護保険係	電話番号 757-3111 (代)
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13. 非常災害対策

事業者は、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。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	住所	新潟県十日町市新宮乙195番地3
	名称	社会福祉法人妻有福祉会
事業所	住所	新潟県十日町市本町二丁目4-1
	名称	デイサービスセンターアップルつまり
	代表者（契約受任者）	
	施設長	宮内 博昭 印

説明者職・氏名	
生活相談員	印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所 _____

氏 名 _____ 印

署名代行者（又は法定代理人）

私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、署名を行いました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

本人との続柄 _____

立 会 人 住 所 _____

氏 名 _____ 印