

指定通所介護（指定介護予防通所介護を含む）

昭和デイサービスセンター重要事項説明書

1、事業所概要

事業所名称 昭和デイサービスセンター
所在地 山梨県中巨摩郡昭和町河西1149-2
事業所指定番号 1970801062
管理者・連絡先 所長 仲川 裕治 電話番号 055-288-0712
サービス提供地域 昭和町、中央市、甲府市、甲斐市、南アルプス市、
市川三郷町、富士川町

2、事業所の職員体制

管理者 1名
生活相談員 2名
看護師 2名以上
介護員 6名以上
機能訓練指導員 2名以上

3、営業日・時間

平日、土曜日、祝祭日 午前7時30分～午後5時30分
休業日 日曜日

4、定員 40名

5、サービス提供の主な内容

- | | |
|--------------|--------------|
| (1) 日常生活援助 | (6) 入浴介助サービス |
| (2) 食事サービス | (7) 口腔ケア |
| (3) 転倒・骨折予防 | (8) 若年性認知症ケア |
| (4) 運動器の機能向上 | (9) 相談・助言等 |
| (5) 送迎サービス | |

6、利用料金

- (1) 指定通所介護を提供した場合の利用料の額は、厚生大臣が定める基準によるものとし、法定代理受領サービスについては、その1割～3割の額となります。
- (2) (1)とは別に、食費（おやつ代を含む）を1回の利用について800円いただきます。
- (3) おむつ代・日課活動サービス等にかかる費用は自己負担となります。

7、秘密保持

- (1) サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約期間中及び契約終了後、第三者に漏らしてはならないものとします。
- (2) ただし、サービス提供するにあたり、病院・医院及びサービス提供に係る他事業所との間で利用者の情報提供(病状・サービス内容など)をすることができるものとします。
- (3) 離職した者についても、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、第三者に漏らしてはならないものとします。

8、事故発生時の対応

サービスの提供を行っているときに事故が起こった場合は、家族や市町村に連絡するとともに、その他必要な場合には、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な処置を講じます。

9、緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の心身の状態が急変した場合、その他必要時は、家族または緊急連絡先へ連絡をするとともに、速やかに主治医又は担当介護支援専門員に連絡を取る等の必要な措置を講じます。ただし、家族及び緊急連絡先への連絡が取れない場合は、施設長の判断によりやむを得ず緊急車両にて受診を依頼する等の必要な措置を講じます。

主治医		医療機関名 電話番号	
ご家族		電話番号	

10、損害賠償

- (1) 事業者は、サービスの実施にあたって、自らの責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償するものとします。
- (2) ただし、事業者は、自らの責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。
 - ① 契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について故意にこれをつけず、又は不実の告知をおこなったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ② 契約者が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知をおこなったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ③ 契約者の急激な体調の変化など、事業者が実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ④ 契約者が、事業者およびサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

11、相談窓口・苦情対応

- (1) 通所介護に関するご相談・苦情及び計画に基づいて提供している各サービスについての

ご相談・苦情を賜ります。

担 当 所 長 仲川 裕治

受付時間 午前7時30分～午後5時30分

電 話 055-288-0712

(2) その他

市町村の介護保険相談窓口及び山梨県国民健康保険団体連合会に苦情を申し立てることも出来ます。

各市町村担当

介護保険相談窓口

山梨県国民健康保険団体連合会

電話 055-233-9201

《説明確認欄》

◎サービス計画の締結にあたり、上記重要事項を説明しました。

事業者 昭和デイサービスセンター

所在地 中巨摩郡昭和町河西1149-2

説明者 氏名 _____ (印)

◎サービス計画の締結にあたり、上記により重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ (印)