
重要事項説明書

(地域密着型通所介護)

株式会社 コラボケア
デイサービス 汐風

重要事項説明書

(地域密着型通所介護)

1. 事業者の概要

事業者	株式会社 コラボケア
所在地	尾道市高須町5755-1
代表者	代表取締役 工藤孝之
電話番号	0848-55-1480
FAX番号	0848-47-1115

2. 利用施設

施設の名称	デイサービス 汐風
施設の所在地	尾道市瀬戸田町林1286-11
管理者	〇〇〇〇
TEL及びFAX	TEL 0845-26-4610 FAX 0845-26-4612
指定事業所番号	3471101802
利用定員	18名

3. 事業の目的

「地域密着型通所介護」は、事業者が運営管理する施設に通って、当施設において、入浴、食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活に関する相談、助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活の世話、並びに運動機能訓練を行うことを目的としています。

4. 職員の体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
生活相談員	1名	名	1名
看護職員	名	2名	2名
介護職員	3名	2名	5名
機能訓練指導員	名	2名	2名

5. サービス内容

種類	内容
食事	利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。（食事は12時より）
入浴	見守りをしながら楽しく入浴していただきます。
機能訓練	利用者の状況に合わせ、身体機能の維持回復に努めます。
排泄	利用者の状況に応じて対応します。
健康管理	血圧測定等利用者の身体状態を把握します。
レクリエーション	内外を問わず楽しいレクリエーションを行います。
相談及び援助	利用者及び家族からの相談には、いつでも誠意をもって対応します。
送迎	ご自宅から施設まで安全に送迎を行います。

6. 利用料と実施地域と支払方法

【地域密着型通所介護：小規模型 7～8時間帯】

(※介護保険自己負担は各自の介護保険負担割合証により決まります)

	要介護1	750円	1回につき	
	要介護2	887円	〃	
	要介護3	1,028円	〃	
	要介護4	1,168円	〃	
	要介護5	1,308円	〃	
加算項目	入浴介助加算	40円	〃	
	サービス提供体制加算Ⅱ	円	〃	
	介護職員処遇改善加算Ⅱ	算定した単位数の1000分の43に相当する単位数	〃	
	介護職員ベースアップ加算	基本単位数の1000分の11に相当する単位数	〃	
減算	同一建物に居住する利用者送迎分減算	-94円	〃	
自費	食費	650円	昼食	
	介護用品代	※当施設の用品を利用した場合		実費
		おむつ	120円	1枚
		パット	50円	1枚
		リハパン	90円	1枚
教養娯楽費	個々の娯楽・教養費について		実費	

◆ 営業実施地域

事業の実施地域	尾道市瀬戸田町・尾道市因島（原町・洲江町）
---------	-----------------------

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

※上記以外の地域への送迎を行う場合は、通常地域を超えた地点から路程1キロメートル当り20円を実費としてご負担いただきます。

◆ 支払方法

請求書は毎月、翌月の10日までに発行させていただきますので、現金又は振込みにてお支払いただきますようお願いいたします。

尚、入金確認後に、領収書を発行させていただきます。

注：領収書の再発行はできませんので、大切に保管しておいてください。

7. 営業日と営業時間

営業日	営業時間
月曜日～金曜日 (祝日も含む)	8:30 ～ 17:30 (サービス提供時間 9:00～16:30)
営業のない日	土・日曜日 及び 12月31日～1月4日

8. キャンセルの場合

利用者がサービスの利用中止をする際には、速やかに当事業所にご連絡ください。

9. サービスの内容に関する苦情、相談窓口及び措置の概要

○サービスに関する苦情や相談については、下記の窓口で対応いたします。

窓 口	デイサービス汐風
担 当 者	管理者又は生活相談員
連絡先(電話)	0845-26-4610

○公的機関においても、下記の機関において苦情申出等ができます。

市町介護保険相談窓口 尾道市高齢者福祉課 介護保険係	所在地 尾道市久保町1丁目15番1号 電話番号 (0848)38-9440 受付時間 午前8:30～17:15
広島県国民連合保険団体連合会 (国 保 連)	所在地 広島市中区東白島町 19番49号 国保会館 電話番号 082-554-0783 受付時間 8:30～17:15

苦情処理体制・手順

- ① 利用者及び家族等により苦情が発生した場合、支援事業所に連絡を行うとともに、その苦情に対して迅速に対応する。
- ② 利用者に対して通所介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに連絡をとり、加入保険会社と共に損害賠償を速やかに処理を行う。
- ③ ひやりはっと及び事故報告書等を提出し、介護・看護・職員及び管理者とカンファレンスを開き改善などを図っていく。

○苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

利用者及び家族から出された苦情については、迅速にかつ誠意をもって対処し利用者及び家族の方に納得していただくよう管理者・生活相談員は対応していく。

10. 協力病院、医院

医療機関	名称及び所在地	中郷クリニック 東生口診療所 尾道市因島原町668-18
	電話番号	0845-26-3050
	診療科	内科・外科・産科・婦人科
	入院設備	なし

11. 緊急時における対処方法

サービス提供中に病状の急変、身体等に異変が生じた場合は、速やかに利用者のかかり付け医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所へ連絡をいたします。

かかりつけ医	病院・医院名	
	主治医	
	電話番号	

緊急連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	
	住所	
	電話番号	
	携帯電話	

12. サービスに当たっての留意事項

- ①サービス利用の際には、介護保険者証と健康保険証(後期高齢者受給者証・重度障害受給者証・原爆手帳をお持ちの方は提示して下さい)と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示して下さい。
- ②利用者は家族関係などに変更が生じたときは、速やかに管理者に届出てください。
- ③利用者は施設内で次の行為をしてはならない。
 - 他人に迷惑を及ぼす
 - 自己の利益のために他人の自由を侵す
 - 指定した場所以外で火気を使用する
 - 故意に施設もしくは物品を破壊、または施設外に持ち出す
 - 施設内の秩序、風紀を乱し、また安全衛生を害する
 - 営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動を行い、または斡旋する

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護の内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

《事業所》

住 所 尾道市瀬戸田町林1286-11

事業所 デイサービス汐風

(事業所番号) 3471101802

《事業者名》

住 所 尾道市高須町5755-1

事 業 者 株式会社 コラボケア

代 表 者 代表取締役 工藤孝之 印

《説明者》

職 名 管理者

氏 名 大崎麻里 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて地域密着型通所介護の内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

《利用者名》

住 所 尾道市因島洲江町1724-10

氏 名 印

《代理人》

住 所 尾道市因島洲江町1724-11

氏 名 印