

デイサービスセンターりんどう重要事項説明書

指定通所介護

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(栃木県知事指定 第0972501027号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。但し、要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆ 目次 ◆◆

1. 経営法人	1
2. ご利用施設の概要	1
3. 事業実施区域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. サービス提供における事業者の義務	7
7. 秘密の保持	7
8. 損害賠償について	8
9. 損害賠償がなされない場合	8
10. 苦情の処理	8
11. 情報公開	11

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 清 幸 会
- (2) 法人所在地 栃木県那須塩原市東原字天蚕場 1 6 6 番地
- (3) 電話番号 0 2 8 7 - 6 2 - 3 5 0 0
- (4) 代表者氏名 理事長 渡邊 昇
- (5) 設立年月日 昭和 63 年 12 月 26 日

2. 利用施設の概要

(1) 通所介護

- 1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成 16 年 9 月 1 日指定
栃木県指令高対第 368-22 号

- (2) 事業所の目的 当事業所は、要介護者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、相談援助・生活指導等、要介護者が日常必要とするケアを行います。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターりんどう
- (4) 事業所の所在地 栃木県那須郡那須町大字高久丙 1 7 7 7 - 4 3 4
- (5) 電話番号 0 2 8 7 - 7 6 - 8 3 2 1
- (6) 管理者氏名 野崎 美樹
- (7) 当事業所の運営方針
1. りんどうにおける指定通所介護事業は、利用者が要介護状態になっても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。
 2. りんどうは、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町、居宅支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービスを提供する者との連携に努める。
- (8) 開設年月 平成 16 年 9 月 1 日
- (9) 利用定員 通常規模型通所介護 23 名

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施区域 那須町、那須塩原市
- (2) 営業日及び営業時間
- ・ 営業日 月・火・水・木・金曜日
 - ・ 休業日 土・日曜日及び年末年始
 - ・ 営業時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指 定 基 準
1. 管理者	1 名	1 名
2. 生活相談員	1 名	1 名
3. 看護職員（機能訓練指導員）	1 名	1 名
4. 介護職員	3 名以上	3 名

※ 常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では 1 名（8 時間 × 5 名 ÷ 40 時間 = 1 名）となります。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 管理者 生活相談員	勤務時間： 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 （原則として、1 名以上の生活相談員が勤務）
2. 看護職員兼 機能訓練指導員	勤務時間： 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 （原則として、1 名以上の看護職員が勤務）
3. 介護職員	勤務時間： 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 （原則として、1 名以上の介護職員が勤務）

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 入 浴

- ・ 利用者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるような適切な入浴を行います。

② 排 泄

- ・ 利用者に対し適切な方法により排泄の自立について必要な援助を行います。
- ・ おむつを使用せざるを得ない利用者については、排泄の自立を図りつつ利用者の排泄の状況を踏まえておむつを適切に交換する。
- ・ プライバシーにも充分配慮します。

③ 健康管理

- ・ 看護職員は、利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のため適切な措置を行います。

④ 送迎

- ・ ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

<サービス利用料金(1日当たり)>

下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。)

①基本サービス

※所要時間6時間以上7時間未満

利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. サービス利用料金	5,840 円	6,890 円	7,960 円	9,010 円	10,080 円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,256 円	6,201 円	7,164 円	8,109 円	9,072 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	581 円	686 円	792 円	897 円	1003 円

☆利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も、償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

② 各種加算料金

加算については、算定要件等（職員の配置数・有資格・勤続年数等）によって変更がござい
ます。

（１）入浴介助加算

- ・利用者に対して入浴介助を行った場合に算定できる加算。
- ・入浴介助費用として下記の料金を頂きます。（日額）

１．入浴介助加算（Ⅰ）	400 円
２．うち、介護保険から給付される金額	360 円
３．自己負担額（１－２）	40 円

（２）サービス提供体制強化加算、

- ・介護従事者の専門性を向上させ、質の良いサービスを提供できるよう取り組みます。
- ・サービス提供体制強化費用として下記（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のうち、一つの料金を頂く場合
があります。（日額）

１．サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（介護福祉士が 70%以上 勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上）	220 円
２．うち、介護保険から給付される金額	198 円
３．自己負担額（１－２）	22 円

１．サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（介護福祉士が 50%以上）	180 円
２．うち、介護保険から給付される金額	162 円
３．自己負担額（１－２）	18 円

１．サービス提供体制強化加算（Ⅲ）（7 年以上の勤続年数のある 職員が 30%以上、 介護福祉士 40%以上）	60 円
２．うち、介護保険から給付される金額	54 円
３．自己負担額（１－２）	6 円

（３）令和 6 年 6 月以降

介護職員処遇改善加算	介護職員等の職場環境等の処遇改善を 実施しているものとして都道府県知事に届 け出た指定通所介護事業所が利用者に対 してサービスを行った場合
------------	--

※処遇改善の取り組む状況によって下記の（Ⅰ）～（Ⅳ）の加算を算定します。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

利用者負担金＝月の介護報酬総単位（通所介護分）×9.2%

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）

利用者負担金＝月の介護報酬総単位（通所介護分）×9.0%

介護職員処遇改善加算（Ⅲ）

利用者負担金＝月の介護報酬総単位（通所介護分）×8.0%

介護職員処遇改善加算（Ⅳ）

利用者負担金＝月の介護報酬総単位（通所介護分）×6.4%

介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食 事

- ・当事業所では、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・適時適温の食事を提供します。

食 費 昼食（食事費） 606円いただきます。

食事時間 昼食 12:00～13:00

② レクリエーション、クラブ活動

- ・利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただく事ができます。
- 利用料金・・・材料費等の実費をいただきます。

③ 複写物の交付

- ・利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

複写物・・・1枚につき10円

④ おむつ代

- ・実費負担していただきます。

⑤ 通常の実施区域外への送迎

- ・通常の実施区域外にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される利用者の送迎にかかる費用は次の通りとさせていただきます。

片道5km未満の送迎・・・無料

片道5km以上の送迎・・・1km増すごとに50円

⑥ その他の費用

- ・通所介護・介護予防通所介護にて提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものにかかる費用は、利用者に負担していただくことが適当と認められる場合、実費ご負担いただきます。

☆経済情勢の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更させていただくことがあります。その場合、2ヶ月前までに変更の内容と変更する事由についてご説明いたします。

(3) 利用料金のお支払方法

前記（１）（２）の料金・費用は、１ヶ月毎に計算し、請求しますので、翌月２０日まで
に以下の方法でお支払い下さい。

- ア. 窓口での現金支払
イ. 指定口座よりの自動振替
ウ. 下記指定口座への振込み
足利銀行 黒磯西出張所 普通預金 2826737
名義 社会福祉法人 清幸会
デイサービスセンター りんどう
理事長 渡邊 昇

(4) 利用の中止、変更、追加

- ・利用予定日の前に、利用者の都合により、通所介護の利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。
- ・利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。
利用予定日の前日までに申し出があった場合・・・無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合・・・自己負担相当額
- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

6. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- (1) 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- (2) 利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、事業所の看護職員もしくは主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関と連携し、利用者からの聴取、確認の上でサービスを実施します。
- (3) 利用者又は他のご契約者等の生命、又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- (4) 利用者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、利用者又は代理人の請求にて閲覧応じ、複写物を交付します。
- (5) サービス提供時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

7. 秘密の保持

- (1) 事業者及びサービス従事者又は職員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)
ただし、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。
- (2) 利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、利用者又はご家族等の個人情報を用いることがあります。

8. 損害賠償について

- (1) 事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、利用者に過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当とみとめられる時に限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。

(2) 事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

9. 損害賠償がなされない場合

事業者は、自己の真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) ご家族等が、契約締結時に利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。
- (2) ご家族等が、利用者へのサービスの実施にあたって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、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。
- (3) 利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- (4) ご家族等及び利用者が、事業者及びサービス従事者又は職員の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合。

10. 苦情の受付・処理及び緊急時の対応について

当事業所は、利用者又はご家族等からの苦情に対して迅速かつ適切に対処し事業活動の改善を図り、利用者又はご家族等に対してより良いサービスを提供し信頼を向上させる。

また、別に定める苦情処理規程により適切に対応する。

(1) 施設における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付いたします。

苦情受付窓口（担当者）

生活相談員

受付時間

毎週月曜日～金曜日 午前8時45分～午後5時45分

※ 苦情受付窓口担当者が不在でも苦情はお受けいたします。

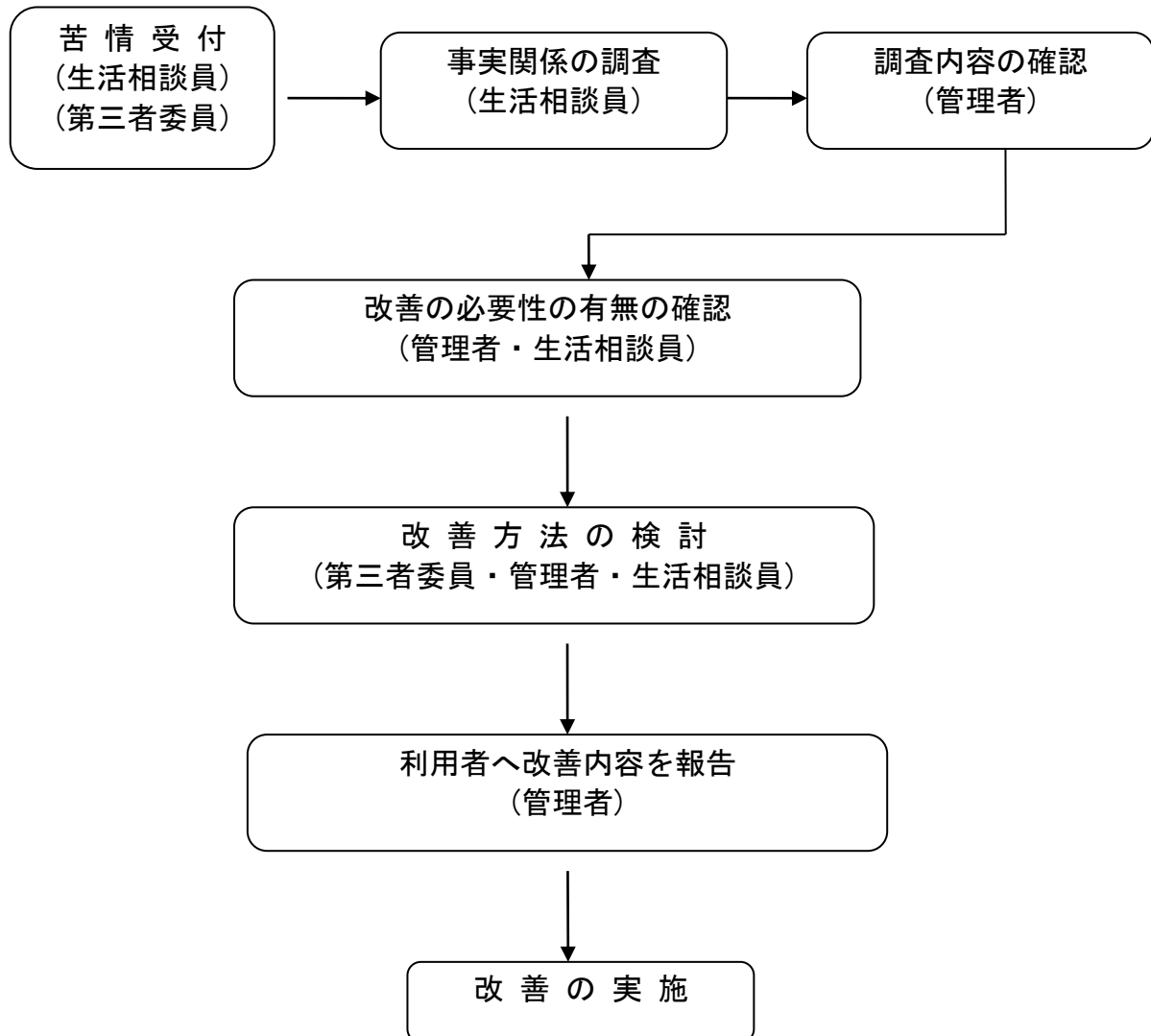
また、「ご意見苦情箱」を正面玄関ロビー脇に設置しています。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

那須町役場保健福祉課 介護保険担当	所在地 那須町大字寺子丙3-13 TEL 0287(72)6910 受付時間 9:00～17:00
那須塩原市役所 高齢福祉課介護管理係	所在地 那須塩原市共墾社108番地2 TEL 0287(62)7191 受付時間 9:00～17:00
栃木県運営適正化委員会	所在地 宇都宮市若草1-10-6 栃木福祉プラザ内 TEL 028(622)2941 FAX 028(622)2316
栃木県 国民健康保険団体連合会	所在地 宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル6階 TEL 028(622)7242 受付時間 9:00～17:00

苦情受付時の対応手順

(苦情解決責任者 管理者)



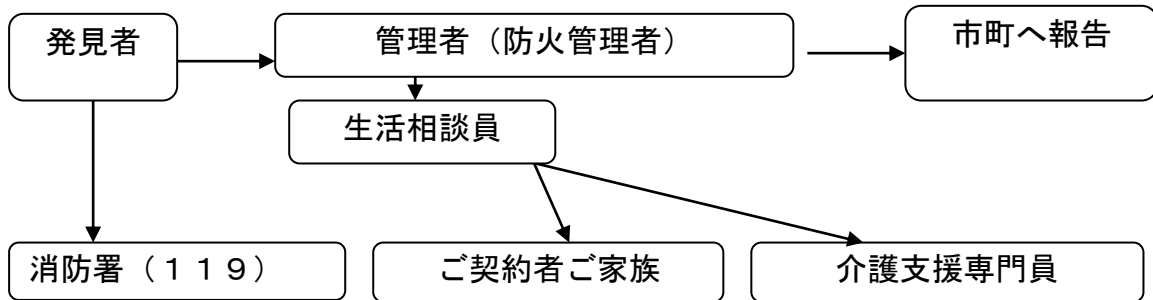
当事業所は苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しております。

【第三者委員】

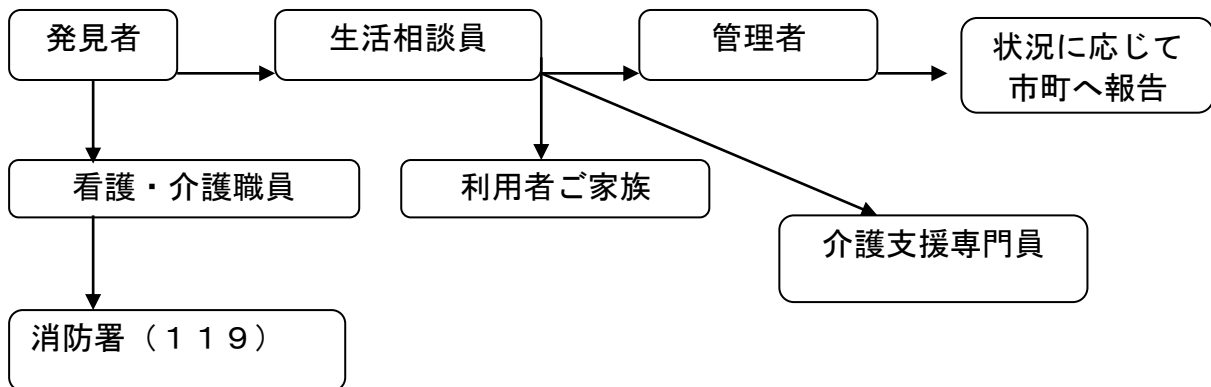
- ・井出 慎吾 [連絡先 03-3862-9891]
- ・網野 惣一 [連絡先 0287-88-8888]

緊急時の対応について (緊急時責任者 管理者)

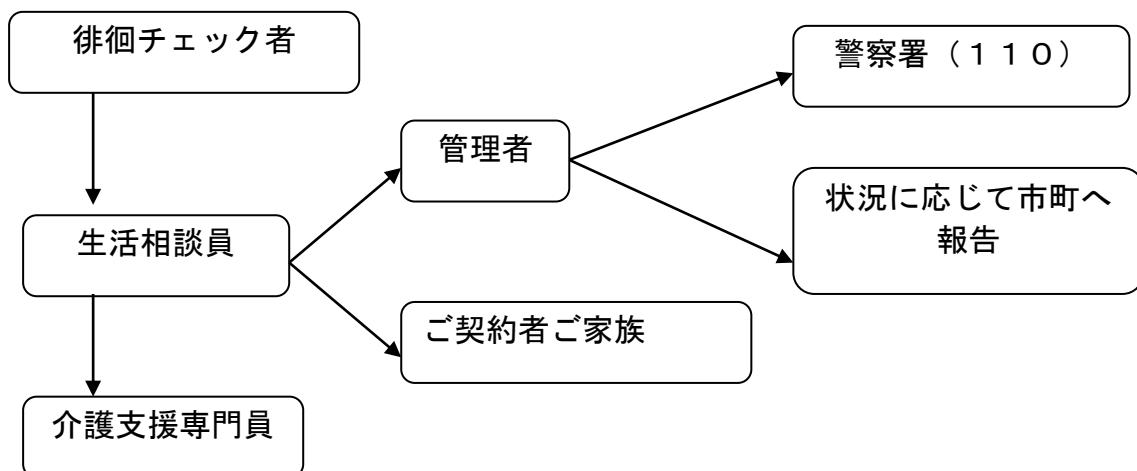
1. 火 災



2. 容態急変



3. 行方不明等



※ 上記の対応は状況によっては変更する場合があります。
その他のことにつきましても、事務所までお気軽にご相談下さい。

1 1. 情報公開

- (1) 社会福祉法 24 条等の趣旨に則り、デイサービスセンターりんどう指定通所介護事業所が提供するサービスを安心して利用できるよう理解と信頼を促進するため、情報公開・情報の開示を推進するものとする。
- (2) 情報公開・情報の開示の内容は、別に定める情報公開・開示規定による。

※ この重要事項説明書は、厚生省令第 39 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 4 条の規定に基づき利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

同意書

令和 年 月 日

社会福祉法人 清幸会
デイサービスセンターりんどう
管 理 者 野崎 美樹 様

社会福祉法人 清幸会 デイサービスセンターりんどうの職員が、指定通所介護事業のサービス提供上で知り得た利用者様及びご家族等に関する情報をサービス担当者会議に用いることに同意します。

御契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

御家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、別紙重要事項説明書に基づき秘密保持についての説明を行いました。

説明者 職 名 管理者 _____

氏名 野崎 美樹 _____

印

指定通所介護重要事項説明同意書

令和 年 月 日

社会福祉法人 清幸会
デイサービスセンターりんどう
管 理 者 野崎 美樹 様

私は、別紙重要事項説明書に基づき事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、別紙重要事項説明書に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 職 名 管理者 _____

氏 名 野崎 美樹 _____ 印

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（介護予防通所介護相当）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、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 清幸会
主たる事務所の所在地	〒325-0034 那須塩原市東原1 6 6 番地
代表者（職名・氏名）	理事長 渡 邊 昇
設 立 年 月 日	昭和63年12月26日
電 話 番 号	0287-62-3500

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りんどう	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当）	
事業所の所在地	〒325-0302 那須郡那須町大字高久丙1777-434	
電 話 番 号	0287-76-8321	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	0972500805
利 用 定 員	定員1日1単位10人 通所介護事業を含め23人	
事業の実施地域	那須町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援・事業対象者が、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、介護予防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、利用者の要支援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

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）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、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を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで
休業日	土曜日・日曜日及び年末年始
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時45分から午後3時45分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
従業員	5人（常勤・兼務職員・非常勤）
うち管理者	1人（常勤・兼務職員）
うち生活相談員	2人（常勤・兼務職員）
うち介護職員	3人以上（常勤・非常勤・兼務職員）
うち看護職員兼機能訓練指導員	1人以上（常勤・兼務職員）

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者（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。

管理責任者の氏名	管理者 野崎 美樹
----------	-----------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）第1号通所事業の利用料・・・基本部分及び加算の合計の額となります。

【基本部分：介護予防通所介護相当】

サービス名称	基本利用料	回数等	対象者
通所型サービスⅠ	1,798円	週1回程度の方	要支援1・2・事業対象者
通所型サービスⅡ	3,621円	週2回程度の方	要支援2・事業対象者
通所型サービスⅢ	436円	週1回未満の方	要支援1・2・事業対象者

※支援1：1回、支援2：2回以上使う場合436円×10割となります。

(2) その他の費用

食 費	食事の提供を受けた場合、1回につき606円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。
そ の 他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

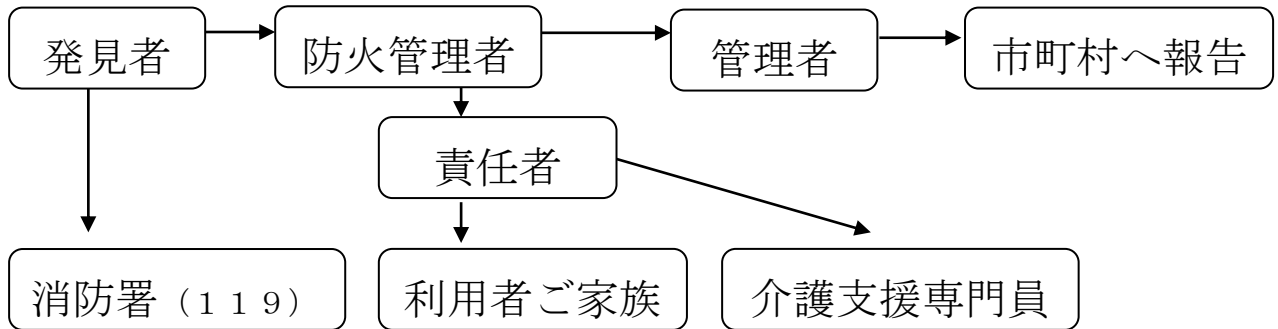
(3) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、翌月20日までに次のいずれかの方法によりお支払いください。

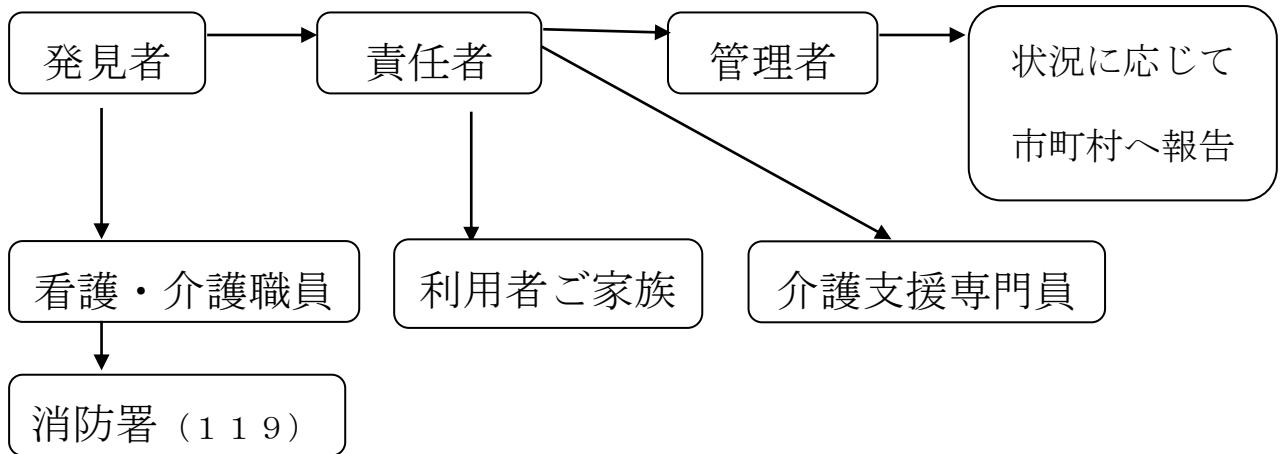
支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし (T-NET)	サービスを利用した月の翌月20日（祝休日の場合は翌銀行営業日）にあなただけ指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月20日（祝休日の場合は翌銀行営業日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 足利銀行 黒磯西出張所 普通預金 2826737 名義 社会福祉法人清幸会 デイサービスセンターりんどう 理 事 長 渡 邊 昇
現金払い	サービスを利用した月の翌月20日までに、現金でお支払いください。

緊急時の対応について
(緊急時責任者 管理者)

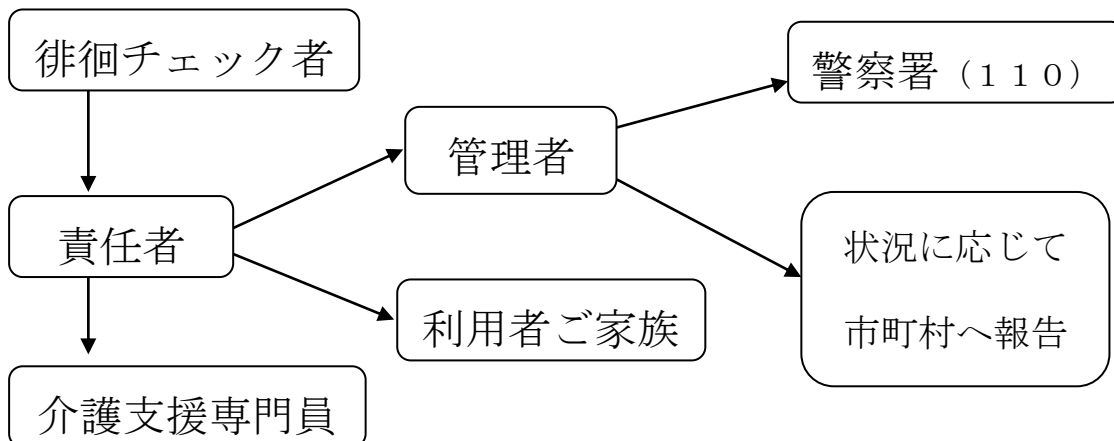
1. 火 災



2. 容態急変

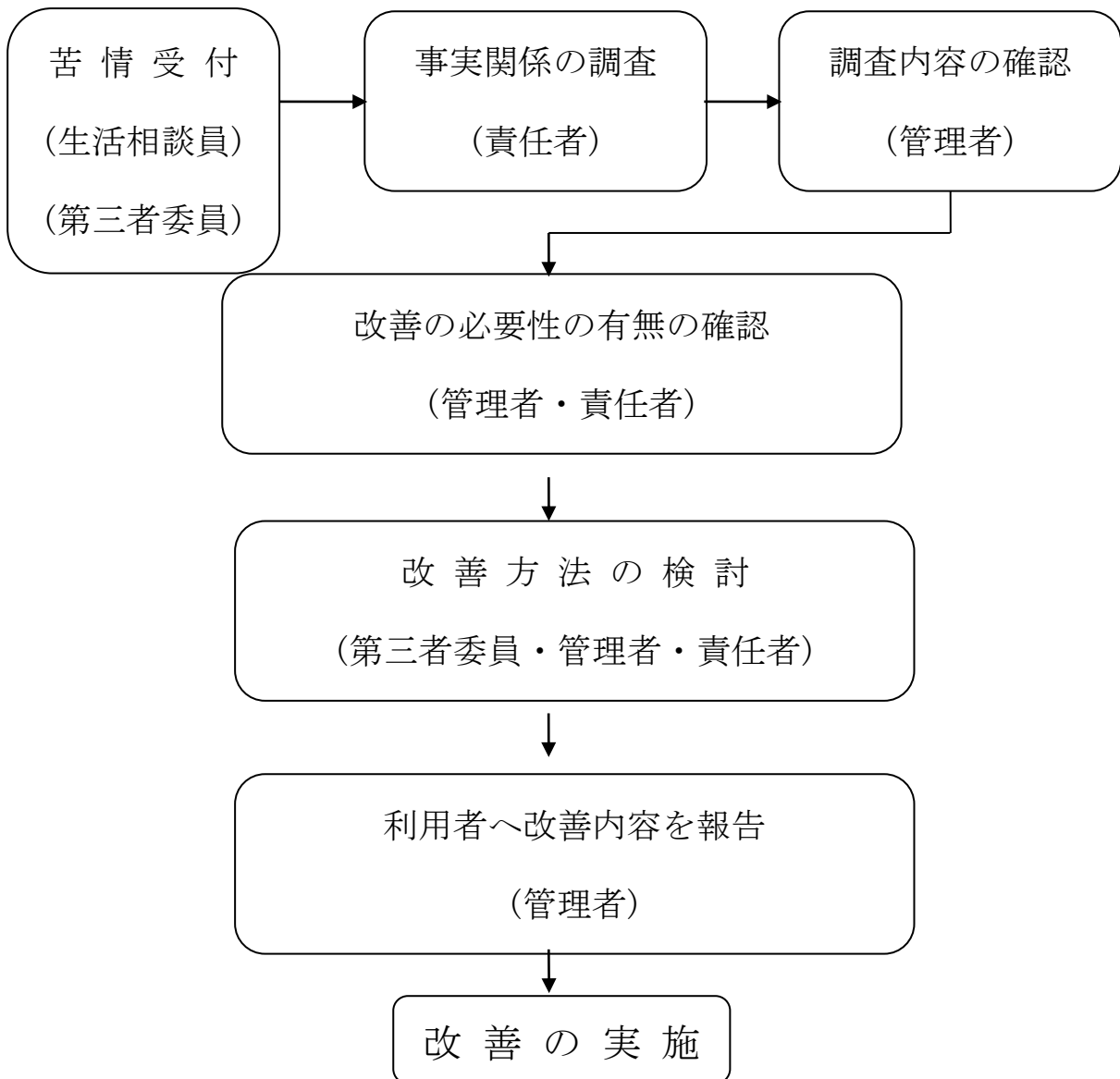


3. 行方不明等



※ 上記の対応は状況によっては変更する場合があります。
その他のことにつきましても、事務所までお気軽にご相談下さい。

苦情受付時の対応手順
(苦情解決責任者 管理者)



当事業所は苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しております。

【第三者委員】

- ・ 網 野 惣 一 [連絡先 0287-88-8888]
- ・ 井 出 慎 吾 [連絡先 03-3862-9891]

9. 苦情の受付・処理及び緊急時の対応

当事業所は、利用者又はその家族からの苦情に対して迅速かつ適切に対処し事業活動の改善を図り、利用者又はその家族に対してより良いサービスを提供し信頼を向上させる。

また、別に定める苦情処理規程により適切に対応する。

(1) 施設における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付いたします。

苦情受付窓口（担当者）

〔責任者〕 生活相談員

受付時間 8：30～17：30

また、「ご意見苦情箱」を正面玄関ロビー脇に設置しています。

※ 苦情受付窓口担当者が不在でも苦情はお受けいたします。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

那須町役場保健福祉課 介護保険係	所在地 那須町大字寺子丙3－13 TEL 0287(72)6910 FAX 0287(72)0904 受付時間 9：00～17：00
栃木県 国民健康保険団体連合会	所在地 宇都宮市本町12－11（栃木会館4階） TEL 028(643)2220 受付時間 9：00～17：00
栃木県運営適正化委員会	所在地 宇都宮市若草1－10－6 とちぎ福祉プラザ内 TEL 028(622)2941 FAX 028(622)2316

10. 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。

11. 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

私は、別紙重要事項説明書に基づき事業者から重要事項の説明を受け、介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の提供開始に同意しました。

契約者 住 所

氏 名 (印)

家 族 住 所	
---------	--

氏 名 _____ (印)

続 柄

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（介護予防通所介護相当）提供の開始に際し、別紙重要事項説明書に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 職 名

氏 名 _____

同意書

令和 年 月 日

社会福祉法人 清幸会
デイサービスセンターりんどう
管 理 者 様

社会福祉法人 清幸会 デイサービスセンターりんどうの職員が、介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（介護予防通所介護相当）提供上で知り得た利用者及び家族等に関する情報をサービス担当者会議等に用いることに同意します。

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

家 族 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（介護予防通所介護相当）提供の開始に際し、別紙重要事項説明書に基づき秘密保持についての説明を行いました。

説明者 職 名 _____

氏 名 _____