

指定通所介護重要事項説明書

(せんぞく苑デイサービスセンター)

(令和 7 年 1 月 1 日現在)

当事業所は、利用者ご本人に対して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。

なお、当サービスの利用は、原則として要介護認定又は要支援認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。しかし、要介護認定をまだ受けていない方でも、認定見込みのある方については、申請日から「みなし」でサービスの利用が可能な場合があります。

1. 当センターの通所介護サービスの特徴等

(1) 事業所の目的

社会福祉法人高森福祉会が行う指定通所介護の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設において介護の提供に当たる従業者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護サービスを提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

事業所は、ご利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身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. 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人高森福祉会
所在地	山口県岩国市玖珂町 3813 番地 6
代表者氏名	理事長 岩本 浩
電話番号	0827-82-0555
F A X 番号	0827-82-0736

3. せんだく苑デイサービスセンターの概要

(1) 事業所の概要

名 称	せんだく苑デイサービスセンター
所 在 地	山口県岩国市周東町下久原 443 番地 6
管 理 者 氏 名	田中 哲也
事 業 所 番 号	山口県 第 3577200854 号
利 用 定 員	29 名（通所型サービスタイプ 1 を含む）
電 話 番 号	0827-83-0100
F A X 番 号	0827-83-0155

(2) ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		山口県知事の事業者指定		利用 定数
		指定年月日	指定番号	
居 宅	短期入所生活介護	18 年 2 月 1 日	山口県第 3577200847 号	10 人
	介護予防短期入所生活介護	18 年 4 月 1 日	山口県第 3577200847 号	
	特定施設入居者生活介護	21 年 11 月 1 日	山口県第 3570801583 号	20 人
	介護予防特定施設入居者生活介護	21 年 11 月 1 日	山口県第 3570801583 号	
	通所介護	18 年 2 月 1 日	山口県第 3577200854 号	29 人
	通所型サービスタイプ 1	18 年 4 月 1 日	岩国市第 3577200854 号	
	住宅型有料老人ホーム	28 年 4 月 1 日		10 人

(3) 通常事業の実施地域

通常の実業の実施地域は、岩国市内とする。但し、振興山村地域及び離島地域を除く。
(岩国市以外は要相談)

(4) センターの設備等

静 養 室	1	相 談 室	1
食堂兼機能訓練室	1 室 109.15 m ²	送 迎 車	5 台
浴 室	一般浴槽と特殊浴槽、 個浴槽があります。		

(5) 職員の体制及び員数

従業者の職種	事業者の指定基準 (員数)	勤務体制
管理者（兼務）	1 名	9：10～18：10
生活相談員	2 名以上	8：00～17：00 9：10～18：10 8：30～17：30
機能訓練指導員	1 名以上	8：30～17：30 9：10～18：10
看護職員	1 名以上	8：30～17：30 9：10～18：10
介護職員	4 名以上	8：30～17：30 9：10～18：10 8：00～17：00

※非常勤職員は雇用契約による

(6) 職員の職種及び職務内容

一 〈管理者〉

センターの職員の管理及び業務の管理を一元的に行い、従業者に対し、指揮命令を行うものとする。

二 〈生活相談員〉

利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、センター内のサービスの調整、居宅介護支援事業者等他の機関との連携において必要な役割を果たす。

三 〈看護職員〉

健康チェック等を行うことにより利用者の健康状態を的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行う。

四 〈介護職員〉

通所介護の提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し、適切な介助を行う。

五 〈機能訓練指導員〉

利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために必要な機能訓練等を行う。

(7) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（但し、12月31日～1月3日を除く）
営業時間	午前8時30分～午後6時
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時40分 （尚、短い時間の利用は要相談）

4. 料金について

介護報酬改正に基づく料金の改正は、それに従うものとし、料金改正通知書を発送致します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練等のサービスについては、通常、利用料金の9割が介護保険から給付されます。よって要介護度及び「介護保険負担割合証」に応じ、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）をお支払いください。

（一定以上の所得のある方は介護保険給付が8割もしくは7割となります。）

区分	項 目	利用者負担額（単位：円）			
		1 割	2 割	3 割	備 考
基 本	要介護 1	658 円	1,316 円	1,974 円	1 日あたり
	要介護 2	777 円	1,554 円	2,331 円	1 日あたり
	要介護 3	900 円	1,800 円	2,700 円	1 日あたり
	要介護 4	1,023 円	2,046 円	3,069 円	1 日あたり
	要介護 5	1,148 円	2,296 円	3,444 円	1 日あたり

区分	項 目		利用者負担額（単位：円）			
			1 割	2 割	3 割	備 考
加 算	入浴介助加算（Ⅰ）		40 円	80 円	120 円	1 日あたり
	入浴介助加算（Ⅱ）		55 円	110 円	165 円	1 日あたり
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）		100 円	200 円	300 円	1 月あたり 個別機能訓練加算を算定している場合
	個別機能訓練加算	（Ⅰ）口	76 円	152 円	228 円	1 日あたり
		（Ⅱ）	20 円	40 円	60 円	1 月あたり
	A D L維持等加算（Ⅱ）		60 円	120 円	180 円	1 月あたり
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		20 円	40 円	60 円	1 回あたり・6 ヶ月に 1 回
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		5 円	10 円	15 円	1 回あたり・6 ヶ月に 1 回
	口腔機能向上加算（Ⅱ）		160 円	320 円	480 円	月 2 回を限度
	科学的介護推進体制加算		40 円	80 円	120 円	1 月あたり
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		22 円	44 円	66 円	1 回あたり※ ¹
	中山間地域等提供加算		所定単位の 5%加算※ ¹			

	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	基本サービス費に加算を加えた額の 9.2%※ ¹			
減算	送迎減算	-47 円	-94 円	-141 円	片道あたり
	同一建物減算	-94 円	-188 円	-282 円	1 日あたり※ ¹

※1 区分支給限度基準額の算定対象外

(2) 加算対象サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額の 1 割（2 割もしくは 3 割）を追加料金としてご負担いただきます。

① 入浴介助加算（Ⅰ）

通所介護計画に基づき、入浴介助を実施した場合に算定致します。

② 入浴介助加算（Ⅱ）

個別入浴計画に基づき、個別の入浴介助を実施し、評価した場合に算定致します。

③ 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ

通所介護計画に基づき、身体機能及び生活機能向上を目的とする機能訓練項目を実施した場合に算定致します。

④ 個別機能訓練加算（Ⅱ）

個別機能訓練加算（Ⅰ）に加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていることで算定致します。

⑤ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）

外部の理学療法士等との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ個別機能訓練計画を作成した場合に算定致します。

⑥ ADL 維持等加算（Ⅱ）

日常生活動作（ADL）の維持、もしくは改善の度合いを一定水準以上に保つ取り組みをした場合に加算致します。

⑦ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

利用開始時及び利用中の 6 月ごとに、利用者の栄養状態と口腔の健康状態について確認を行い、情報を担当する介護支援専門員に提供した場合、6 月に 1 回を限度とし、算定致します。

⑧ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態、もしくは栄養状態のいずれかの確認を行い、情報を担当する介護支援専門員に提供した場合、6月に1回を限度とし、算定致します。

⑨ 口腔機能向上加算（Ⅱ）

口腔機能の低下している方や、そのおそれのある方を対象に、要介護状態への重度化防止や要支援状態からの改善を目指したサービスを提供した場合に算定致します。

⑩ 科学的介護推進体制加算

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状態、その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報（疾病の状況や服薬情報等）を厚生労働省に提出していることで算定致します。

⑪ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

サービス提供側が、規定の条件を満たす人員配置で介護保険サービスを利用者に提供した場合に算定致します。尚、当該加算は、区分支給限度額の算定対象外となります。

⑫ 通所介護中山間地域等提供加算

介護報酬制度における山口県の「振興山村及び離島地域」に居住される場合は、所定単位数の5%を乗じた単位数で算定致します。尚、当該加算は、区分支給限度額の算定対象外となります。

⑬ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

所定単位数（基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数）にサービス別加算率（9.2%）を乗じた単位数で算定致します。尚、当該加算は、区分支給限度額の算定対象外となります。

⑭ 送迎減算

利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合など事業者が送迎を実施していない場合、減算対象となります。

⑮ 通所介護同一建物減算

事業所と同一建物に居住する利用者、又は同一建物から通う利用者に通所介護を行う場合に、減算対象となります。尚、当該加算は、区分支給限度額の算定対象外となります。

(3) 介護保険の給付の対象とならないサービス

① 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

※ 区分支給限度額を超えたサービスに係るサービス提供体制強化加算及び介護職員等処遇改善加算については、利用者の 10 割負担となります。

② 給付対象以外のレクリエーション等

ご契約者及び利用者ご本人の希望によりレクリエーション等に参加していただくことができます。(利用料金、材料代等の費用はご負担していただきます。)

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等利用者ご本人の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担していただきます。

④ 施設内及び施設外特別行事

行事ごとに計画詳細を提示し参加希望を聞いた上で、実費をご負担していただきます。

⑤ 日常生活費

事前にご用意頂いていない日常生活消耗品等の料金をご負担して頂きます。

⑥ 食事の提供に要する費用をご負担して頂きます。

昼食代：1 食あたりの自己負担額は 575 円

※ 食材費、調理等にかかる費用は自己負担となります。

⑦ おやつ

ご希望により、おやつを提供します。(選択制) 1 日 1 回：55 円

⑧ 喫茶

ご希望の方には喫茶の内容によって、50～100 円を別途ご負担いただきます。

⑨ 償還払いの場合には、一旦あなたが介護報酬額全額を支払い、その後領収書を添付してあなたの居住する市町村に請求をすると、9 割(8 割もしくは 7 割)の還付が得られます。

⑩ 要介護認定の結果、自立と判定された場合や介護認定切れなどで介護認定がない場合に、ご本人の希望でサービスを利用される場合の費用負担は以下とします。

(全額自己負担金) 利用料 要介護 1 の基本サービス費と同額

食事代 575 円

※ 加算は別途ご負担して頂きます。

(4) 利用料金の支払方法

① 1 か月ごとに計算し、翌月 10 日までにご請求いたします。お支払い方法は、基本的には当事業所にご持参いただくか下記の口座振込みにてお願いします。

お振込先：山口銀行 高森支店 普通預金 5010867

シャカイケンホウジン カミワカカイ センゾクエン リゾチョウ イモトヒロシ

名 義 人：社会福祉法人 高森福社会 センゾク苑 理事長 岩本 浩

- ② 諸事情で上記お支払いが困難な場合には、当事業所では山口銀行・ゆうちょ銀行と自動引落の契約を結んでおります。契約時に当事業所にご相談ください。原則として毎月 20 日に自動引落しを行います。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。

サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出ください。なお、文書は当方で用意してありますので、必要なときはお申しつけください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了 1 ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設等に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が倒産した場合、お客様は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 15 日以内にお支払いがない場合、またはお客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、すぐにサービスを終了させていただく場合がございます。

6. 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容を変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

※ サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。
ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

7. サービス利用に当たっての留意事項

(1) デイサービスご利用時にご持参いただく物は、次のとおりです。

- ① 介護保険証、介護保険負担割合証及び健康保険証（初回及び保険証更新時）
 - ② 内服薬及び処置に必要な医療用材料
 - ③ 上履き及び着替え
 - ④ ご家族との連絡帳
 - ⑤ 必要な介護用品（紙おむつ、紙パンツ、尿パット等）
- ※ 入浴用タオル、石鹸類等は用意してあります。
- ※ 金銭、貴重品はお持ちにならないでください。
- ※ また菓子や漬け物等食品類の持ち込み、及び他の利用者へのお裾分けはご遠慮下さい。
- ※ 職員へのお心付けは、一切お受けしないことになっております。

8. 虐待・ハラスメント防止のための措置について

ご利用者の人権擁護・虐待及び職員へのハラスメント防止等に対応するため、責任者の設置、相談窓口の設置等苦情解決体制の整備、成年後見制度の利用支援、職員に対する研修、地域他団体機関(医師等他職種、法律専門家、行政、警察、地域の事業者団体)等との連携その他必要な措置を講じます。

9. 相談、要望、苦情等の窓口

(1) 通所介護に関する相談、要望、苦情

せんぞく苑デイサービスセンター

【担当】生活相談員 松崎 美穂 ・ 原 泉

(電話) 0827-83-0100 (FAX) 0827-83-0155

○受付時間：月～土曜日 9：30～17：30

ご不明な点はなんでもお尋ねください。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○福祉部 福祉政策課 〒740-8585 岩国市今津町一丁目 14 番 51 号 電話番号 0827-29-5072 FAX 0827-21-3337 (受付時間：祝日を除く月～金曜日 8：30～17：15)
○柳井市健康福祉部高齢者支援課 〒742-8714 柳井市南町一丁目 10 番 2 号 電話番号 0820-22-2111 (内線 155～157、159) FAX 0820-23-7566 (受付時間：祝日を除く月～金曜日 8：30～17：15)
○山口県健康福祉部長寿社会課 介護保険班 〒753-8501 山口市滝町 1 番 1 号 (山口県庁 5 階) 電話番号 083-933-2774 FAX 083-922-3022 (受付時間：祝日を除く月～金曜日 8：30～17：15)
○山口県国民健康保険団体連合会 〒753-0871 山口市朝田 1980-7 電話番号 083-995-1010 FAX 083-934-3665 (受付時間：祝日を除く月～金曜日 9：00～17：00)
○山口県福祉サービス運営適正化委員会 〒753-0072 山口市大手町 9 番地 6 号 電話番号 083-924-2837 FAX 083-924-2793 (受付時間：祝日を除く月～金曜日 9：00～17：00)

(3) 苦情を受付けた際には、次の手順で処理いたします。

- ① 担当者が苦情を受付けて処理表に記載する。
- ② 苦情についての事実確認を行う。
- ③ 苦情処理方法を記載した上で苦情解決責任者の決裁を得る。
- ④ 苦情処理の関係者との改善の協議を行う。
- ⑤ 苦情申出者に報告をする。
- ⑥ 苦情処理についての成果等を記録する。

(4) 第三者委員の設置

- ① 第三者委員は、理事会で選考して理事長が任命した以下の委員を置く。

岡村 静代	〒742-0021 柳井市柳井7146-2 電話番号：0820-22-5997
-------	--

山崎 保彦	〒742-0341 岩国市玖珂町3851番地	電話番号：0827-82-2495
-------	---------------------------	-------------------

② 職務は次のとおりとする。

- ア 苦情受付担当者から受付けた苦情内容の報告聴取
- イ 苦情内容の報告を受付けた旨を苦情申出人へ周知
- ウ 利用者からの苦情の直接受け付け
- エ 苦情申出人への助言
- オ 事業者への助言
- カ 苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの立会い、助言
- キ 苦情解決責任者からの苦情に係る事案の改善状況等の報告徴取
- ク 日常的な状況把握と意見傾聴

10. 秘密の保持

- 1 事業者及びサービス従事者又は、通所介護サービスを提供する上で知り得た契約者又はその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。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
 - 2 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
 - 3 前2項にかかわらず、契約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、契約者又は契約者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。
- 事業所の職員やその他の職員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びその家族等の秘密を漏らしません。また秘密保持のための監視を常に怠りません。

11. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「せんぞく苑 防災計画・防災マニュアル」にのっとり対応を行います。 非常災害により、利用者の生命に危険が及ぶことが予測される場合、臨時休業とすることがあります。			
近隣との協力関係	町内会と近隣防災を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「せんぞく苑 防災計画」にのっとり、毎月1回の防災訓練と年1回避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり
	非難階段	あり	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	漏電火災報知機	あり

	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：平成 31 年 3 月 1 日 防火管理者：高橋 賢司			

12. 緊急時の対応

緊急時には、利用者の主治医又は下記の事業所協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、家族（緊急連絡先）及び担当の居宅介護支援事業所に連絡致します。

協力医療機関	医療機関の名称	岩本医院
	医院長名	岩本 浩
	所在地	山口県岩国市周東町下久原2480番地
	診療科目	内科・循環器内科
	連絡先	(電話)0827-84-0011 (FAX)0827-84-3445
協力医療機関	医療機関の名称	岩国医療センター
	所在地	山口県岩国市愛宕町1丁目1-1
	診療科目	内科、外科、整形外科他
	連絡先	(電話)0827-34-1000 (FAX)0827-83-5600
協力歯科医院	医療機関の名称	みどり歯科クリニック
	医院長名	岩本 潔
	所在地	山口県岩国市周東町下久原1147番地6
	連絡先	(電話)0827-83-0418 (FAX)0827-83-0648

13. 事故発生時の対応

利用者の予期せぬ事故が発生したときは、次のとおり迅速かつ適切により円滑かつ円満な解決につとめます。

(1) 利用者及び家族への対応

①最善の処置

介護事故が発生した場合、まず利用者に対して可能な限り緊急処置を行うとともに、引き続き看護職員により最善の処置を行います。

②管理者への報告

速やかに管理者へ報告するとともに、事業所に対応できない場合には、担当医師の指示で協力医療機関へ移送します。

③利用者及び家族への説明

処置が一段落すれば、できるだけ速やかに利用者や家族等に誠意を持って説明し、家族の申出についても誠実に対応します。

④利用者及び家族への損害賠償

介護事故により事業所が賠償責任を負った場合は誠意を持って、以下の保険会社により利用者及び家族に対して補償します。

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

⑤事故記録と報告

利用者への処置が完了した後、速やかに事故報告書を作成し再発防止に努めます。

(2) 行政機関への報告

重大な介護事故や死亡事故など重大な事故が発生した場合は、速やかに関係機関に報告します。

キーパーソン（主介護者）の役割について

キーパーソンとなるご家族様は、ケアマネージャーや施設・事業所側が最適なサービスをスムーズに提供するため、連絡が取りやすい方をお願いしております。尚、キーパーソンにおかれましては、以下のような役割を担っていただくようになります。

記

①事務的な手続きや利用料支払い等の経済的な保証

介護サービスを利用する際には、各種の契約書類への記入や料金の支払いが必要です。施設・事業所では、基本的にキーパーソンに書類への記入や料金のお支払いをお願いしております。

②緊急時の連絡

施設・事業所内では職員が日々の生活支援をしておりますが、急な体調不良や転倒による事故など緊急事態が起こることもございます。緊急時には、キーパーソンに連絡を取り状況を説明させていただきますので、受診や緊急搬送等が必要な場合にはご対応を宜しくお願い致します。

③ケア方針の決定

施設ではケアプランを作成しケアプランに沿った介護を提供致します。利用者ご本人様に説明するのはもちろんですが、ご家族様を代表してキーパーソンへもケアプランの説明を行います。トラブルを防ぐためにもご納得いただいた上で介護サービスを提供致します。

④利用者ご本人様や他のご家族様との仲介

施設職員は利用者一人ひとりを尊重した対応を心がけておりますが、どうしても対応困難な時には、ご家族様であるキーパーソンにご相談やご協力をお願いすることでスムーズに問題解決でき、ご本人様に安心していただける場合があります。

また、利用者ご本人様に多くのご家族様がいらっしゃる場合、施設・事業所側が全てのご家族様に連絡・説明することは困難です。連絡・報告・相談内容がある際は、ご家族様代表でキーパーソンに説明し、家族間の連絡はキーパーソンをお願いをしております。

キーパーソンとなるご家族様におかれましては、施設・事業所側から報告やご相談等のご連絡を差し上げることとなりますが、何卒、ご理解ご協力の程よろしくお願い致します。また、ご不明な点やご意、ご要望等がありましたら、キーパーソンより施設・事業所へご相談いただけると幸いです。

本紙の内容につきましては、重要事項説明書を説明する際に併せて説明させていただきまして、重要事項説明書への署名をもってご理解いただけたものといたします。

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

サービス契約の締結にあたり、本書面に基づいて重要事項の説明を致しました。

事業所

所在地 山口県岩国市周東町下久原 443 番地 6

事業所名 せんぞく苑 デイサービスセンター

説明者

サービス契約の締結にあたり、本書面に基づいて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

利用者家族等

住所

氏名

続柄

送迎に関する説明及び同意書

安全で、円滑な送迎を提供させていただくにあたり、今一度ご利用者様・ご家族の皆様に当施設の運営規定を理解していただきますよう、宜しくお願いします。

- 1) 原則として、玄関の中までのお迎え・お送りを致します。
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人・ご家族と話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。
- 2) 季節により、暑かったり、寒かったりと身体に及ぼす影響は様々です。
自宅内でお待ちいただきます。
- 3) お迎えの時間を、書面または電話にて連絡します。(この書面を持ちまして、別紙予定時刻表の同意を得るものとします。)交通事情などで10分以上到着が遅れる場合には、当施設より電話連絡いたします。10分前後の遅れなどはご容赦ください。
- 4) 乗車中は全座席シートベルトを必ず着用ください。
- 5) 送迎職員到着後、体調不良等を除き、準備等が出来ていない場合、長時間待つことは出来ません。他の利用者様にも迷惑をかけてしまうこととなります。
その点をご理解いただき、ご本人・ご家族のご協力をお願いします。
- 6) 家族不在時の送迎について、送迎前後の事故等の発生につきましては、当施設では一切責任を負いかねますので、ご了承くださいませ。
- 7) 医療機関等への送迎は原則として出来ませんのでご了承くださいませ。

上記の説明を受け、確認の上、同意いたします。

令和 年 月 日

せんぞく苑デイサービスセンター
管理者 田中 哲也 殿

利用者

住所

氏名 _____

利用者家族等

住所

氏名 _____

続柄 _____