

認知症対応型通所介護 ホーム下新倉

重要事項説明書

社会福祉法人翠生会では通所介護利用者に対して、認知症対応型通所介護サービス・介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供いたします。

事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上のご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当事業所のご利用は、原則として要介護認定の結果「要支援及び要介護」と認定された方が対象になります。

1 運営法人の概要

| | |
|--------|----------------------------|
| 法人名 | 社会福祉法人 翠生会 |
| 法人の所在地 | 〒175-0094 東京都板橋区成増4丁目33番1号 |
| 電話番号 | 03-3939-0200 (代表) |
| FAX 番号 | 03-3939-0344 |
| 代表者氏名 | 理事長 新貝 憲利 |
| 設立年月日 | 昭和61年2月3日 |

2 事業所の概要

| | |
|-----------|------------------------------------|
| 事業所名及び所在地 | ホーム下新倉 〒351-0111 和光市下新倉 5-13-11 |
| 提供サービス | 認知症対応型通所介護事業 介護予防認知症対応型通所介護事業 |
| 介護保険事業所番号 | 1192300067 |
| サービス提供地域 | 和光市北エリア |

3 翠会ヘルスケアグループ理念

基本理念

翠会ヘルスケアグループは、「尊厳」「安全」「信頼」を基礎にたゆむことなく技術と感性を磨き、「こころ」と「からだ」のサポートを行います。

グループ行動指針5か条

1. 「安全」こそ全ての基盤であり、最優先に守ります。
2. 社会の一員として地域や企業との連携を図り、使命を果たします。
3. 常に情熱をもって挑戦し続けます。
4. チームワーク力を発揮し、目的を実現します。
5. 社会のニーズを的確に捉え、素早く対応していきます。

4 利用設備

認知症対応型共同生活介護事業所内

(ダイルーム兼食堂、台所、トイレ、浴室、相談室、静養室等)

5 営業日時

月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで

(土曜日、日曜日、12 月 31 日～1 月 3 日を除く)

6 利用定員

1 日 12 名

7 事業所の職員体制

| | |
|-------|---|
| 職 種 | ホ ー ム 下 新 倉 職 員 |
| 管 理 者 | 田 口 友 彦 |
| 職 員 | <p>○生活相談員：専従で 1 名以上</p> <p>○看護職員（看護師又は准看護師） 又は介護職員：専従で 2 名以上</p> <p>※生活指導員、介護職員又は看護職員のうち 1 名は常勤</p> <p>○機能訓練指導員：1 名以上</p> |

8 サービスの利用料及び利用者負担金

(1) 基本料金

介護保険が適用される利用者については、「介護保険負担割合証」の割合に応じた自己負担額をいただきます。

(2) その他の料金

別紙 記載

9 利用料金の支払い方法

利用者負担金等の請求書は、利用月の翌月 10 日前後に、契約者に送付しますので、同月 20 日までに郵便口座、または指定の銀行口座にご入金をお願いします。

10 秘密保持

当事業所はサービス従業者が、サービスを行う上で知り得たご本人及びご家族等に関する事項を、正当な理由がなく第三者に漏洩することはありません。

11 契約の終了

- (1) 契約者から解約の申し出があった時は、いつでも解約ができます。その場合は、解約を希望する7日前までにお申し出ください。
- (2) サービス提供者側から契約解除をしていただく場合
 - ① 契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴などについて、故意にこれを告げないで、その結果、本契約を継続し難い重大な事情を発生させた場合
 - ② 契約者による、サービス利用料金の支払いが遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
 - ③ 利用者が、故意または過失により、他の利用者の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続し難い重大な事情を生じた場合

12 事故発生時の対応

サービス利用時において、利用者に病状の急変又は事故等が生じた場合は、速やかにご家族、主治医、協力医療機関、市町村へ連絡する等、必要な対応を行います。

13 サービスに関する相談や苦情

ご相談や苦情がありましたら、管理者に遠慮なくお申し出ください。その他、下記の公的機関にもご相談や苦情を申し出ができます。

| | | |
|-------------------|-----|--------------|
| ホーム下新倉 管理者：田口 友彦 | 電話 | 048-467-8883 |
| | FAX | 048-467-8887 |
| 第三者委員 翠生会評議員：牧 詔市 | 電話 | 03-3939-1521 |
| 翠生会評議員：加藤 あけみ | 電話 | 03-3930-9584 |

和光市 長寿あんしん課「介護福祉担当」 電話(直通)048-424-9125

| | | |
|----------------|-----|--------------|
| 埼玉県国民健康保険団体連合会 | 電話 | 048-824-2568 |
| | FAX | 048-824-2561 |

私は、本書面に基づき、認知症対応型通所介護サービスおよび介護予防認知症対応型通所介護サービスの重要事項の説明を行いました。

平成 年 月 日

説明者 ホーム下新倉

氏 名

印

私は、重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所

氏 名

印

契約者 住 所

氏 名

印