

# デイサービスセンター花みずき 重要事項説明書

## 1、事業者概要

事業者名称	医療法人 健風会
所在地	宮崎県小林市真方242番地
法人種別	医療法人
代表者名	槇 健一郎
電話番号	0984-22-2819

介護保険法令に基づき宮崎県知事から指定を受けている事業所名称（指定番号）	各事業所につき介護保険法令に基づき宮崎県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類
デイサービスセンター花みずき（4570500290）	地域密着型通所介護

## 2、ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター 花みずき
指定番号	4570500290
所在地	宮崎県小林市真方242番地
電話番号	0984-25-0655

## 3、事業の目的と運営方針

### 事業の目的

医療法人健風会が開設する指定地域密着型通所介護事業所デイサービスセンター花みずき（以下「事業所」という）が行う地域密着型通所介護（以下「事業」という）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、指定地域密着型通所介護事業所の生活相談員その他の従業員（以下「職員」という）が要介護状態にある高齢者に対し適切な地域密着型通所介護を提供する事を目的とする。

### 運営の方針

要介護となった利用者が、可能な限り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ができるように支援すると共に、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る様に努める。

この事業の実施にあたっては、関係市町村及び保健・医療機関・他の指定介護事業者との連携を図り、事業の目的が円滑かつ公正に運営されることに努める。

## 4、ご利用事業所の職員配置

従業者の職種	員数	勤務体制
生活相談員	1人以上	常勤1名以上
看護職員	1人以上	常勤1名以上
介護職員	2名以上	常勤2名・非常勤2名以上

## 5、営業時間

営業日 月～金曜日まで 8:30～17:00

祝日(下記の休業日以外) 8:30～13:00

休業日 土曜日、日曜日、年末年始(12/30～1/3)、盆(8/14,15)  
子供の日、敬老の日、スポーツの日  
\*その他の祝日 午後よりお休み

## 6、提供するサービス

日常生活上の援助

入浴サービス

給食サービス

機能訓練サービス

相談・助言に関すること

送迎サービス

健康状態の確認

このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化防止、要介護状態になることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも職員に遠慮なく質問してください。サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に配慮します。

## 7、地域密着型通所介護計画

当施設では、利用者の心身の状況や希望、環境を踏まえて、機能訓練などの目標、目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した地域密着型通所介護計画を作成します。

この地域密着型通所介護計画は、ケアプランが作成されている場合は、それに沿って作成するものとします。

## 8、利用料（6～7時間利用）

(例：1 割負担)

	介護度1	2	3	4	5
<b>介護利用料金</b>	678円	801円	925円	1049円	1172円
<b>加算料</b>					
サービス提供体制強化加算	18円				
入浴料	40円				
処遇改善加算	加算率8.0%				
実費 食費	<b>600円</b>				
	介護度1	2	3	4	5
<b>利用料金合計</b>	1336円	1459円	1583円	1707円	1830円

\* 食費についてはご利用毎に加算されます。

\* その他利用者が負担する事が相当とするものは実費をいただきます。

\* 負担割合 各利用者の介護保険負担割合証に依る

## 9、苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間 ご利用方法	8時30分～17時 TEL 0984-25-0655 面接場所 当施設相談室 担当者 黒木 梨沙
小林市役所長寿介護課	ご利用時間 ご利用方法	8時30分～17時15分 TEL 0984-23-1140
高原町総合保険福祉センター 介護保険係	ご利用方法	TEL 0984-42-2550
宮崎県国民健康保険団体連合会	ご利用時間 ご利用方法	8時45分～17時15分 TEL 0985-35-5301

## 10、外部による評価

運営推進会議の開催により、第三者からの評価や助言を受け、必要に応じて業務改善等を実施します。

## 11、緊急時の対応方法

利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。

また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医

氏名

-----  
所属医療機関の名称

-----  
Tel

緊急連絡先

氏名

-----  
住所

-----  
Tel

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供に当たり

◇甲1◇甲2 に対して重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

所在地 宮崎県小林市真方242番地

名称 デイサービスセンター 花みずき 印

説明者 黒木 梨沙 印

(甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、乙から重要事項の説明を受け同意しました。

(甲1) 利用者

氏名

-----  
印

(甲2) 利用者の家族

氏名

(続柄)

-----  
印