

<地域密着型通所介護(予防型通所介護)重要事項説明書>

令和8年4月28日 現在

1 事業所概要

①事業所情報

事業所名	デイサービス ひびき
本社所在地	鹿児島市武2丁目33-8 はやし病院内6階
連絡先	099-250-7117(FAX兼用)
管理者名	古城 健史
サービス種類	地域密着型通所介護 ・ 予防型通所介護 (通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、個別機能訓練、口腔機能向上、アクティビティーその他必要な介護業務を行います。)
介護保険指定番号	4670109554
サービス提供地域	鹿児島市(当事業所半径20Km圏内)

※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。

②営業時間

平日・土曜日	午前8:30～午後5:30
定休日	日曜日 ・ 8月13日～15日のうち2日間(詳細は別紙にて事前にて通知) ・ 12月30日～1月3日

③職員体制

	資格	常勤	非常勤	合計
管理者	介護福祉士	1 名	0 名	1 名 (生活相談員兼務)
生活相談員	介護福祉士	2 名	3 名	5 名 (内3名介護職員兼務)
機能訓練指導員	作業療法士 理学療法士	2 名	2 名	4 名 (内2名訪問看護兼務)
介護職員	介護福祉士	2 名	3 名	5 名 (内4名生活相談員兼務)
看護職員	看護師	0 名	1 名	1 名 (介護職員兼務・訪問看護師と協力関係)
事務職員		1 名	0 名	1 名 (介護職員兼務)

④事業計画・財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者様及びそのご家族様にとどまらず全ての方に対し、要望があれば閲覧することができます。

⑤事業目的・運営方針

事業目的	林ケアサポート株式会社が開設する地域密着型通所介護事業及び予防型通所介護事業の適切な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め事業所の地域密着型通所介護及び予防型通所介護など従業者が、要介護者に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。
運営方針	地域密着型通所介護及び、予防型通所介護は、介護保険法令に従い契約者が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営む事が出来るように支援することを目的として、契約者に、日常生活に必要な居室及び共用施設などを利用し、適正なサービスを提供する。

2 当事業所連絡先窓口(相談・苦情・キャンセル連絡等)

電話番号	099-250-7117
担当部署	デイサービス ひびき
担当者	古城 健史
受付時間	午前8:30～午後5:30

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談に関しては各市町村でも受け付けております。

3 利用料金 ※別紙貼付

料金の支払い方法

毎月月末締めとし、翌月10日までに当月分の料金を請求いたしまで、翌々月末日までにお支払いお願い致します。(原則翌々月口座引き落としですが現金支払いにも応じます。)

4 サービスの利用方法

①サービス利用開始

お電話などでお申し込みお願いいたします。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

②サービス利用終了

- ・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。
- ・人員不足等やむを得ない事情により、サービス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2ヶ月までに文書で通知いたします。

③自動終了(以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します)

- ・お客様が介護保険施設に入所された場合
- ・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)もしくは要支援と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することが出来ます。

- ・お客様が亡くなられた場合

④その他

- ・当社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、もしくは当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約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2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30日以内に支払わない場合、もしくはお客様やご家族の方などが、当社や当社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、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます。
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがございます。
- ・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、適切に対応いたします。
- ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患(感染症)が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してく治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

5 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、下記主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	サービス計画書第1表に準じます。他にある場合は下記記載した内容も配慮します。
	連絡先	サービス計画書第1表に準じます。他にある場合は下記記載した内容も配慮します。
ご家族	氏名	サービス計画書第1表に準じます。他にある場合は下記記載した内容も配慮します。
	連絡先	サービス計画書第1表に準じます。他にある場合は下記記載した内容も配慮します。
主治医への連絡基準		緊急時及び連絡が必要であると判断される場合

6 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者（予防型にあっては介護予防支援事業者）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

7 サービスに関する苦情

【弊社お客様相談窓口】

苦情相談窓口担当	デイサービスひびき 管理者 古城 健史
受付日	月曜日～土曜日（ただし日曜日・12月30日から1月3日までを除く）
受付時間	午前8:30～午後5:30

重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
---------------	-------

【事業者】	所在地	鹿児島市武2丁目33-8
	法人名	林ケアサポート株式会社
	代表者名	代表取締役 花田 愛子
	事業所名	デイサービス ひびき (指定番号 4670109554)
	説明者氏名	

上記事業者より本書の説明を受け、同意しました。本書を2通作成し、利用者・事業所で夫々1通ずつ保有します。

【ご利用者様】	住所	
	氏名	
【代理人様】	住所	
	氏名	(続柄:)
	署名代行理由等:	