

ケアまるこ

通所型サービスA重要事項説明書

< _____ 年 _____ 月 _____ 日現在 >

ケアまるこが提供する通所型サービスAについての相談窓口

電 話 0268-42-1110

(受付時間：月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分)

担 当 岩 崎 雄

1. 丸子中央病院通所型サービスAの概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	ケアまるこ
所在地	上田市上丸子331番地13
介護保険事業所番号	20A0300123
事業の実施地域	上田市丸子・神川・塩田・武石地域

(2) 同事業所の職員体制

職 種	常勤 (兼務)	非常勤	業務内容
管 理 者	1		業務に関する管理
P T ・ O T	1以上		機能訓練等業務
介護職員・看護職員	1以上		機能訓練等補助業務

(3) 同事業所の設備の概要

定 員	15名
デイケアルーム	173.92㎡

(4) 営業日、営業時間

営 業 日	火曜日・水曜日 ただし、祝日、8月13日～16日、12月30日～翌年1月3日を除く
営 業 時 間	午後1時30分～午後4時 提供時間帯 2時間30分

* 緊急連絡電話 0268-42-1110

2. サービス内容

- ① 血圧測定等の健康チェック
- ② 介護予防に資する機能的なプログラムの実施
- ③ レクリエーションを含む生活指導
- ④ 日常生活訓練
- ⑤ 送 迎

3. 料金

- (1) 通所型サービスA利用料 上田市が定める基準額の利用者負担分とします。
- (2) お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金がかかります。

①ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用日の当日午前8時までにご連絡いただいた場合	通所型サービスA利用料の20%
③ご利用日の当日午前8時までにご連絡がなかった場合	通所型サービスA利用料の50%

- (3) 利用料に変更が生じた場合は、施設内に掲示するとともに、利用者の皆様に文書をもって周知します。
- (4) 支払い方法
毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、14日以内にお支払いください。お支払方法は、口座振替、現金払いのいずれかからご契約のときにお選びください。

4. 当事業所の通所型サービスAの特徴等

- (1) 運営の方針

ご利用者の方々の希望や心身の状況等を踏まえ、地域包括支援センターその他関係する機関等との連絡調整を密に行いながら、ご利用者の立場に立った通所型サービスAの提供を行います。

- (2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
従業者への研修の実施	○	年1回以上の専門研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	○	
第三者評価の有無	×	
その他	○	通所型サービスAについてのご相談やご不明のことがありましたら、当事業所又は担当の地域包括支援センターにお問い合わせください。

(3) サービス利用にあたっての留意事項

***送迎時間の連絡**

利用開始にあたり、概ねの送迎時間をご連絡します。変更の際には事前にご連絡します。

***体調確認**

当日ご利用の際に必ず血圧測定などの健康チェックをします。

***体調不良によるサービスの中止・変更**

当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の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、適切に対応します。

***設備、器具の利用**

当事業所の設備、器具の利用の際は、当事業所の従業員の指示に従ってください。

***ご利用者またはご家族による暴言や暴力、パワーハラスメントやセクシャルハラスメント等のハラスメント行為等により、事業者または従業員もしくは他のご利用者等の生命・身体・精神・財物・信用等を傷つけたり、または著しい不信行為を行うなど、利用契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合は契約を解約する場合があります。**

5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡をいたします。

緊急連絡先

氏 名		
住 所		
電話番号	自宅・職場	
	携帯電話	
続 柄		

主 治 医

病院又は診療所名	
医 師 名	
住 所	
電 話 番 号	

6. 事故発生時の対応

- (1) 通所型サービスAの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご利用者の家族、ご利用者に係る地域包括支援センターに連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。
- (2) 通所型サービスAの提供により事故が発生した場合は、その事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (3) 通所型サービスAの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

7. 非常災害対策

- *災害時の対応……当事業所のマニュアルにより生命の安全を最優先に避難します。
- *防災設備………非常放送設備、屋内消火栓、スプリンクラー等
- *防災訓練………年2回

8. 秘密保持

- (1) 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、ご利用者から予め文書で同意を得ない限り、地域包括支援センター等に対し、ご利用者の個人情報を提供しません。

9. サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 当事業所利用に関する相談・苦情担当

電 話 0 2 6 8 - 4 2 - 1 1 1 0
 (受付時間：月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分)

担 当 管理者 松 尾 廣 之
 職 員 岩 崎 雄

- (2) その他

下記窓口へお気軽にご相談ください。

主な窓口

- | |
|--|
| ◇上田市高齢者介護課
上田市大手1-11-16
電話 0268-23-5140 FAX 23-4466 |
| ◇上田市丸子地域自治センター市民サービス課
上田市上丸子1612
電話 0268-42-3000 FAX 43-3666 |
| ◇長野県国民健康保険団体連合会
長野県西長野143-8
電話 026-238-1580 FAX 238-1581
E-mail kaigo@kokuhonagano.or.jp |
| ◇長野県福祉サービス運営適正化委員会 (長野県社会福祉協議会)
電話 0120-28-7109 (フリーダイヤル)
電話 026-226-2210 FAX 026-227-0137
E-mail fukushi7109@nsyakyo.or.jp |

9. 当法人の概要

法人名 医療法人 丸山会
代表者役職・氏名 理事長 丸山和敏
法人所在地 長野県上田市中丸子1771番地1
法人電話番号 0268-42-1111

定款の目的に定めた事業

1. 病院の経営 丸子中央病院
2. 診療所の経営 上田透析クリニック
3. 介護医療院の経営 丸子中央病院介護医療院ケアあおぞら・ケア大宮花の丘
4. 介護老人保健施設の経営
御所苑・ケアまるこ・ケア新小岩・ケア東久留米
5. その他これに付随する業務
 - *訪問看護ステーション そよ風訪問看護ステーション・御所苑訪問看護ステーション
御所苑訪問看護ステーションあおきサテライト
 - *居宅介護支援事業所
丸子中央病院居宅介護支援センター・御所苑居宅介護支援センター
ケア新小岩居宅介護支援センター・ケア大宮花の丘居宅介護支援センター
ケア東久留米居宅介護支援センター
 - *地域包括支援センター 城下地域包括支援センター
 - *在宅介護支援センター 東久留米市在宅介護支援センター

事業所数

- *病院 1ヶ所
 - 一般病床 99床
 - 地域包括ケア病床 50床
 - 療養病床 50床 (医療型)
 - 介護保険サービス：通所リハビリテーション (介護予防含む)
 - 訪問リハビリテーション (介護予防含む)
 - 居宅療養管理指導 (介護予防含む)
- *診療所 1ヶ所 (透析専門診療所)
- *介護医療院 2ヶ所
 - 介護保険サービス：介護医療院
短期入所療養介護
通所リハビリテーション (介護予防含む・1ヶ所)
- *介護老人保健施設 4ヶ所
 - 介護保険サービス：介護老人保健施設
短期入所療養介護 (介護予防含む)
 - 通所リハビリテーション (介護予防含む)
 - 通所型サービスA (総合事業・1ヶ所)
 - 訪問リハビリテーション (介護予防含む・3ヶ所)
- *訪問看護ステーション 2ヶ所 (サテライト事業所 1ヶ所)
 - 介護保険サービス：訪問看護 (介護予防含む)
- *居宅介護支援事業所 5ヶ所
 - 介護保険サービス：居宅介護支援 (介護予防含む)
- *地域包括支援センター 1ヶ所
 - 介護保険サービス：介護予防支援
- *在宅介護支援センター 1ヶ所

_____年____月____日

通所型サービスAの提供開始にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業者

〔名 称〕 ケアまるこ（事業所番号 20A0300123）

〔住 所〕 長野県上田市上丸子331番地13

〔代表者名〕 管理者 松 尾 廣 之 印

〔説 明 者〕 ケアまるこ通所型サービスA

氏 名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所型サービスAについての重要事項の説明を受け、サービス開始について了承しました。

利用者

〔住 所〕 _____

〔氏 名〕 _____ 印

(代理人)

〔住 所〕 _____

〔氏 名〕 _____ 印

ケアまるこ 通所型サービスA利用内容確認表

様

No.	利用曜日	利用時間	送迎	特記事項
1	火 水 木 (. . ~)	13:30~16:00 (2時間30分)	有・無	
2	火 水 木 (. . ~)	13:30~16:00 (2時間30分)	有・無	
3	火 水 木 (. . ~)	13:30~16:00 (2時間30分)	有・無	
4	火 水 木 (. . ~)	13:30~16:00 (2時間30分)	有・無	
5	火 水 木 (. . ~)	13:30~16:00 (2時間30分)	有・無	

ケアまるこ 通所型サービスA

利用料金の支払方法 希望確認表

(ご希望の支払方法のどちらかに○印をつけて、必要事項の記入をお願いします)

※可能な限り、口座振替のご利用をお願いいたします。

<p>利用者本人または 代理人管理の指定 金融機関の預金か らの口座振替</p> <p>※この手続きとは別に 「預金口座振替依頼 書」の作成をお願い させていただきます</p>	<p>(下記に必要事項をご記入ください)</p> <p>金融機関名： _____</p> <p>銀行 信金 農協 信組 ゆうちょ銀行 その他</p> <p>支店名： _____ 支店</p> <p>口座名義： _____</p>	<p>(○印)</p>
--	--	-------------

<p>現金支払い</p>	<p>(○印)</p>
--------------	-------------

_____年____月____日

私は、上記について事業者から説明を受け、同意しました。

利用者 氏名 _____ 印

(代理人) 氏名 _____ 印