

- アンルス指定通所介護事業所
 アンルス指定総合事業通所介護事業所

重要事項説明書

[令和6年7月1日 現在]

アンルス通所介護事業所では、身体の介護や日常生活上の援助のサービスを行います。この重要事項説明書で契約等の内容を説明いたします。

1. 事業者

名称	社会福祉法人 住田町社会福祉協議会	
代表者	会長 菅野 孝男	
所在地	岩手県気仙郡住田町世田米字川向 9 6 - 5	
連絡先	電話 0192 - 46 - 2300	FAX 0192 - 46 - 2321
法人設立	昭和 5 2 年 8 月 2 4 日	

2. 事業所の概要

(1) 概要

名称	アンルス指定通所介護事業所 アンルス指定総合事業通所介護事業所	
介護保険指定番号	第 0 3 7 2 8 0 0 0 7 8 号	
指定年月日	平成 1 2 年 4 月 1 日	
所在地	岩手県気仙郡住田町上有住字和田野 1 2 - 5	
管理者	佐藤 千寿	
電話番号	電話 0192 - 48 - 3300	FAX 0192 - 48 - 3301
対象地域	住田町内	

(2) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～日曜日
営業時間	午前 8 時 0 0 分～午後 5 時 0 0 分
休業日	1 月 1 日～1 月 3 日 、 その他必要と認める日

(3) 事業の目的と運営

要介護状態にある方等の意志及び人格を尊重し、ご利用者の立場にたった適正な介護サービスを提供することを目的とします。

運営においては要介護状態の軽減や悪化防止になるよう配慮し、その人の能力に応じた生活ができるよう必要な援助をします。また社会的孤立の解消や家族の身体的・精神的負担の軽減を図るよう努めます。

(4) 事業所の職員体制

職名	業務内容	人員
管理者	職員及び業務管理、請求事務等	1名
生活相談員	介護計画の作成、相談等	1名以上
看護職員	健康管理等	1名以上
介護職員	介護サービスの提供等	3名以上
機能訓練指導員	機能訓練の指導、実施等	1名以上
調理職員	食事の調理等	1名以上

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

3. 提供するサービス内容

(1) 提供するサービスの内容について

送迎	事業所の車両にて、居宅と事業所間の送迎を行います
食事の提供 および介助	食事の提供および必要な方に対して介助を行います。必要に応じてきざみ食、ソフト食などの提供を行います。
入浴の提供 および介助	入浴の提供および必要な方の介助、清拭、更衣介助等を行います。一般浴槽とイスで入れる個浴槽があります。
排せつ介助	必要な方に排せつの介助、またはおむつ交換を行います。
機能訓練	能力に応じた食事・入浴・排せつ・移動など日常生活動作を通じた訓練を行います。また集団的に行うレクリエーション・体操、歌唱などを通じた機能訓練、および個々に機器・器具を使用した訓練を行います。
口腔機能向上	必要な方に口腔機能低下予防のための口腔機能訓練等を行います。
その他	趣味、趣向に応じた創作活動の場を提供します。また栄養改善のための情報を提供します。
通所介護計画 の作成	ケアプランに基づき、個々の意向や心身の状態等をふまえた通所介護計画を作成します。その内容はご利用者、ご家族に説明し、同意を得て計画書を交付します。

※サービスの準備や健康チェック・相談援助・情報収集・サービス提供の状況など記録を行います。

※サービス提供は「通所介護計画書」に基づいて行います。計画書はその時の心身状態や意向により変更することができます。

(2) 介護員の禁止事項

職員はサービスの提供に当たって、次の事項は行いません。

- ・医療行為または医療補助行為（ただし看護職員などが行う診療補助行為を除く）
- ・ご利用者またはご家族の金銭、預貯金通帳、書類等の引出や預かり

- ・ご利用者またはご家族からの金銭、物品、飲食の受け取り
- ・ご利用者またはご家族に対して行う営業的活動、迷惑行為 等
- ・ご利用者の身体拘束や行動を制限する行為（緊急やむを得ないときを除く）

4. 守秘義務と個人情報保護

事業者及び事業所職員であったものは、正当な理由なく業務上知りえたご利用者及びその家族の秘密は漏らしません。この守秘義務は契約の終了後、または職員退職後も同様です。

事業所は、契約者または家族からあらかじめ同意を得た上で、サービス担当者会議等において、契約者または当該家族の個人情報を用いる場合があります。

5. 衛生管理等

介護員の清潔の保持及び健康状態、および設備・備品について衛生的な管理に努めます。また、事業所での感染症予防及び蔓延防止の取り組みを行います。

6. 料金の説明

契約書第7条による利用料金については別紙のとおりとなります。

7. 非常災害対策

災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策の取り組みを行います。また定期的に避難等必要な訓練を行います。

8. 緊急時の対応について

サービス利用中に急変症状があった場合には必要な措置をとり、主治医等へ連絡など必要な対応を行います。

家族等緊急連絡先①	氏名	続柄 ()
	住所	
	電話番号	— —
家族等緊急連絡先②	氏名	続柄 ()
	住所	
	電話番号	— —
主治医	病院名	
	担当医師氏名	担当科 ()

9. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所における苦情やご相談は、次の窓口で受け付けます。

アールズ指定通所介護事業所 電話 48-3300	◎苦情受付担当者 事業所管理者
住田町社会福祉協議会 電話 46-2300	◎苦情解決責任者 事務局長 ◎苦情解決第三者委員 (別紙のとおり)

(2) 当事業所以外にも、下記の窓口で苦情やご相談の受付をしています。

住田町役場 保健福祉課介護保険担当係	所在地 気仙郡住田町世田米字川向88-1 電話 0192-46-3862 (土、日、祝日休み)
国民健康保険団体連合会	所在地 盛岡市大沢川原3-7-30 電話 019-604-6700 (土、日、祝日休み)
岩手県社会福祉協議会	所在地 盛岡市三本柳8-1-3 電話 019-637-8871 (土、日、祝日休み)

■通所介護サービス等の提供開始に当たり、契約者に対して契約書及び本書面にもとづいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 所在地 岩手県気仙郡住田町上有住字和田野12-5
名称 アールズ指定通所介護事業所
アールズ指定総合事業通所介護事業所

説明者 事業所管理者
生活相談員 氏名 _____ 印

■私は、契約書及び重要事項説明書により、事業所から通所介護サービス等についての説明を受け、サービス提供を受けることに同意します。

契約者 住所 岩手県気仙郡住田町 世田米 下有住 字 _____
上有住 _____
氏名 _____ 印

家族又は代理人 住所 _____
氏名 _____ 印 (続柄)