

住田町社会福祉協議会デイサービスとだて
通所介護基準緩和型サービス「とだてリハ（通称）」

重要事項説明書

〔令和6年 4月 1日 現在〕

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96-5
電話・FAX番号	電話 0192-46-2300 FAX 0192-46-2321
法人設立年月日	昭和52年8月24日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の概要

名称	住田町社会福祉協議会デイサービスとだて 通所介護基準緩和型サービス「とだてリハ（通称）」
介護保険指定番号	第0372800169号
指定年月日	令和3年9月1日
利用定員	定員20名
所在地	岩手県気仙郡住田町下有住字十文字89-2
管理者	佐藤 千寿
電話・FAX番号	電話 0192-47-3104 FAX 0192-47-3104
通常事業の実施地域	住田町内

(2) 事業実施日時

事業実施日	火曜日・金曜日
事業開催時間	午前9時00分～午後12時15分 午後13時00分～午後16時15分
休業日	1月1日～3日 その他、必要と認める日

(3) 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（兼務）
機能訓練指導員等	利用者の心身機能の機能指導業務	1名以上
介護職員	介護サービスの提供等	1名以上

3. 事業の目的と運営方針

利用者の心身機能の維持向上を支援し、利用者の外出や他者との交流の機会を継続的に支援し、住み慣れた地域での自立した生活を続けられるように支援します。かつ、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

事業の実施にあたり、地域との結びつきを重視し、住田町、包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携に努めます。

4. 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

- ①生活相談（相談援助等）
- ②機能訓練（日常動作訓練、IADL、手段的日常生活動作訓練）
- ③健康状態の確認
- ④送迎
- ⑤アクティビティ（介護予防）
- ⑥その他日常生活上の援助

(2) 介護員の禁止事項

介護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
- ・契約者若しくは家族の金銭、預貯金通帳、書類等の引出や預かり
- ・契約者若しくは家族からの金銭、物品、飲食の受け取り
- ・契約者若しくは家族に対して行う業務外の営業的活動 等

5. 利用料について

基本的利用料金とその他の料金については【別紙1】の料金表のとおりです。

6. 守秘義務と個人情報の保護

事業者及び事業所の従事者は、サービス提供する上で知り得た契約者及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の終了後、または従事者退職後も同様です。

7. 衛生管理等

- (1) 介護員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 介護事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。

8. サービス利用にあたっての留意事項

サービスの提供を受ける際には、医師の診断結果や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を事業所に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意いただきます。

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包

括支援センター等及び住田町への連絡を行うと思に、必要な措置を講じます。

10. 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。

11. 緊急時の対応について

サービス利用中に急変症状等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 ()

12. 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。

デイサービスセンターとだて 通所介護基準緩和型サービス 電話 47-3104	◎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
	受付時間	8:30~17:30 (月曜日~金曜日)
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

	受付時間 8:30～17:00 (月曜日～金曜日)
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
	受付時間 8:30～17:00 (月曜日～金曜日)

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基づいて、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下有住字十文字89-2
 名称 住田町社会福祉協議会デイサービスとだて
 通所介護基準緩和型サービス「とだてリハ（通称）」

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

(契約者との続柄又は関係 _____)