

重要事項説明書

1、事業所の概要

事業所番号 : 0891000036号
: 下妻市 介保指令第21号
名 称 : 医療法人社団 白峰会
小規模多機能型居宅介護「ザ・クラブ」
介護予防小規模多機能型居宅介護
住 所 : 茨城県下妻市下栗1226番地1
電 話 : 0296-45-6565

2、事業の目的及び

運 営 の 方 針

介護保険法の趣旨に則り、利用者が自宅で可能な限り暮らし続ける事を目的とし、家庭的環境と地域住民との交流の下で、日常生活上の世話および機能訓練を行い自立した生活を営むよう支援します。

3、実施地区

茨城県下妻市地区

時 間

365日

通いサービス 6時～21時

宿泊サービス 21時～6時

訪問サービス 24時間

4、職員体制

○管理者	1名	○看護職員	1名
○サービス計画 作成担当者	1名以上	○介護職員	10名以上

5、サービス内容

通いを中心として、随時「泊まり」や「訪問」を組み合わせ
てサービスを提供[事業所の登録者は29名]

- ①要介護認定：要支援認定を受けた方
- ②在宅生活の支援（入浴、排泄、食事、機能訓練、生活に関する助言等）
- ③宿泊サービス（9名まで）
- ④通所サービス（18名まで）
- ⑤訪問サービス

6、第三者による評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	1 あり	実施日	年1回
		評価機関名称	運営推進委員会
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

7、料 金 ①利用料

法律で定める利用金の1割・2割又は3割の自己負担を徴収します。

【償還払い】保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が直接行われない場合があります。その場合は利用料金の全額をお支払い頂きます。（利用料のお支払いと引き換えに当事務所よりサービス提供証明書と領収証を発行いたします。後日、下妻市の長寿支援課に提出して頂くと払い戻しを受けることができます。）

②その他の利用料金

別添付資料をご覧ください。

③利用料金の支払い方法

イ、自動口座引き落とし（引き落とし手数料は当方が負担します）

ロ、銀行振り込み（振込手数料は、利用者負担となります）

常陽銀行 下妻支店 普通口座 NO. 1579031

医療法人社団白峰会 小規模多機能型居宅介護 ザ・クラブ

理事長 斉藤朝海（さいとう あさみ）

ハ、経理担当者が不在の時がありますので支払い方法はイ、又はロの方法をお勧めします。

8、サービス内容に関する相談、苦情

苦情受付担当者：野口一枝

苦情解決責任者：真下悦子

他窓口 下妻市長寿支援課

電話 0296-43-2111

茨城県国民健康保険連合会

電話 029-301-1565

9、事故発生時の対応

発生した事故については、速やかに、事故の内容に係る官庁（茨城県介護保険課、警察署、消防署、保健所、下妻市長寿支援課）へ連絡し、しかるべく処置を行います。

1 0、緊急時の対応方法

サービス提供中に体調に急変があったときは、主治の医師との連携を基本としつつ及び医療法人社団 白峰会の医療機関の医師に連絡し、必要な処置を講じます。また、緊急連絡先に連絡します。

1 1、非常災害時の対応方法

当事業所の自衛消防隊による災害対応の処置を講じます。
消火、通報、避難、誘導等を分担し、非常事態に対処します。

1 2、協力医療機関等

医療法人社団 白峰会 湖南病院、とき田クリニック

住 所：下妻市長塚4 8 番地

電 話：0 2 9 6 - 4 4 - 2 5 5 6

医療法人社団 健康尚仁会 飯村医院

住 所：つくば市北条4 3 2 6 番地2

電 話：0 2 9 - 8 6 7 - 6 6 5 5

医療法人社団 白峰会 介護老人保健施設 しろかね

住 所：下妻市下栗1 2 1 7 番地

電 話：0 2 9 6 - 3 0 - 1 8 1 1

社会福祉法人 はくさん 特別養護老人ホーム はなみずきの杜

住 所：下妻市下栗1 2 2 3

電 話：0 2 9 6 - 5 4 - 5 2 1 1

1 3、地域との連携等

- ①当事業所では地域に開かれたサービスを提供するとともにサービスの質を確保する為に地域の住民の代表者等と運営推進委員会を設置します。
- ②当事業所はサービスの改善及び質の向上のため、一年に一回以上、サービスの評価、自己点検を行い運営推進会議において第三者からの外部評価を受けます。報告等の記録は二年間保存します。

1 4、その他の留意事項

①送迎時の連絡

送迎時間に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

②体調の確認、サービスの中止・変更

体調の不調や急な事情でサービスの中止や変更する場合は、速やかにご連絡ください。

③食事のキャンセル

都合で食事を取らないときは速やかにご連絡ください。

④その他ご不明なときは当事業所にお聞きください。

介護サービスの提供に当たり、契約書およ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

事業者 住 所 茨城県下妻市下栗1226番地1
医療法人 白峰会 小規模多機能型居宅介護事業所

代表者氏名 理 事 長 齊 藤 朝 海 印

説明者氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から小規模多機能型居宅介護事業所の利用について説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

身元引受人 住所 _____

氏名 _____ 印