

デイサービスセンター くるみの木  
〈通所介護重要事項説明書〉

令和6年4月1日 現在

1 事業所概要

①事業所情報

|          |                                                               |
|----------|---------------------------------------------------------------|
| 事業所名     | デイサービスセンター くるみの木                                              |
| 本社所在地    | 〒689-2106<br>鳥取県東伯郡北栄町松神145-1                                 |
| 連絡先      | TEL 0858-36-1303<br>FAX 0858-36-3588                          |
| 管理者名     | 喜多條 正                                                         |
| サービス種類   | 通所介護<br>(通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、<br>その他、必要な介護業務を行います。) |
| 介護保険指定番号 | 3171400983                                                    |
| 利用定員     | 1日 80名                                                        |
| サービス提供地域 | 北栄町、琴浦町、湯梨浜町、三朝町、倉吉市                                          |

※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営業日及び営業時間

|          |                                 |
|----------|---------------------------------|
| 営業日      | 月曜日～土曜日まで（日曜日、12月31日～1月3日までを除く） |
| 通常営業時間   | 午前8時15分から午後5時15分までの9時間          |
| サービス提供時間 | 午前8時50分から午後4時10分までの7時間20分       |

※延長サービスにつきましてはご相談ください。

③職員体制

| 職 種     | 人数                          | 職務内容                  |
|---------|-----------------------------|-----------------------|
| 管理者     | 1名(常勤兼務)                    | 業務の1元的な管理             |
| 生活相談員   | 2名(常勤兼務2)                   | 生活相談及び指導              |
| 看護職員    | 4名(常勤専従1 非常勤兼専従3)           | 心身の健康管理、保健衛生管理等       |
| 介護職員    | 16名(常勤専従11 常勤兼務4<br>非常勤兼務1) | 介護業務全般                |
| 機能訓練指導員 | 5名(常勤専従4 非常勤専従1)            | 心身機能の向上、健康維持の為の指導     |
| 事務職員    | 2名以上                        | 経理及び職員の健康管理、その他事務庶務全般 |
| 調理職員    | 3名以上                        | 献立に基づく食事の用意・衛生管理      |

#### ④事業目的・運営方針

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業目的 | ・居宅要介護者等について、通所により事業所において、事業所の職員が入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活の世話、及び機能訓練等の適切な介護サービスを提供することを目的とします。                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 運営方針 | ・要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活の世話・機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消、及び心身機能の維持並びに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。<br>・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てサービスを提供する様努めます。<br>・事業の実施に当たっては、関係市町村・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。<br>・事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等の為、必要な体制の整備を行うと共に、従業者に対し研修を実施する等の措置をこうじるものとします。 |

#### 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 | 0858-36-1303    |
| 担当者  | 生活相談員           |
| 受付時間 | 午前8時15分～午後5時15分 |

※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

重要事項説明書別紙のとおり

#### 4 利用料金のお支払方法

前記の料金・費用は1か月ごとに計算し、ご請求いたします。

毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたしますので、月末までにお支払ください

【支払方法】

①事業所窓口にて現金支払い

②指定口座からの自動引き落とし（引き落とし 毎月27日）  
（山陰合同銀行、鳥取銀行、倉吉信用金庫、JA鳥取中央農協、ゆうちょ銀行）

#### 5 サービスの利用にあたっての留意事項

- ①サービス利用の際には、介護保険被保険者証を確認させていただきます。
- ②事業所内の機械、及び器具を利用される際は、必ず職員に声をかけて下さい。
- ③事業所内での金銭及び食物等のやりとりはご遠慮ください。
- ④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あります。
- ⑤当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合にはサービスを変更、中止することがあります。
- ⑥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、ご家族様にご連絡の上、適切に対応いたします。
- ⑦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ださい。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。
- ⑧事業所内での他の利用者に対する迷惑行為、宗教活動、政治活動はご遠慮ください。

## 6 緊急時の対応方法

サービス提供時に、利用者の体調の急変等が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに主治医や利用者の家族に連絡を取るなど、必要な措置を講じます。

## 7 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には、家族、市町村及び関係諸機関などへの連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、再発防止に努めます。また、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 8 非常災害対策

事業所は非常災害に備えて、消防計画や自然災害に対処する為の計画を作成し、定期的に、必要な訓練を実施すると共に、日頃から設備・備品の点検等を行い非常災害時に備えています。

## 9 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の予防、防止のために必要な措置を講じます。

①虐待防止に関する責任者を選定しています。虐待防止に関する責任者は管理者です。

②虐待防止のための指針を整備します。

③定期的に虐待防止のための委員会の開催、従業員に対する研修を実施します

## 10 感染症の予防及び蔓延の防止の取り組みについて

感染症の予防及び蔓延防止等に関する取り組みの徹底を求める観点から必要時の委員会の開催、事業所としての指針の整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施等に取り組みます。

## 11 業務継続計画の策定などについて

事業所は、感染症又は非常災害の発生において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための計画及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（業務継続計画）を策定しその計画に従い必要な措置を講じます。

事業所は、職員に対し業務継続計画について周知すると共に必要な研修及び訓練を実施します。

事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行います。

## 12 ハラスメントの防止について

事業所は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境は築ける様、ハラスメントの防止に取り組んでいます。

利用者、家族又は身元保証人等から、事業所及び従業者、その他関係者に対し、故意に暴力や暴言などの法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為をされた場合はサービス利用の中止・契約解除等の措置を講じます。

## 13 個人情報の取り扱いについて

従業者は、業務上知り得た情報を漏らしません。また退職後もこれを守秘します。

＊別記「個人情報の取り扱いについて」のとおり

## 14 サービスに関する苦情

サービスに関する相談・苦情は下記相談窓口へご連絡下さい。速やかに必要な措置を講じます。

【弊社お客様相談窓口】

|          |                                    |
|----------|------------------------------------|
| 苦情相談窓口担当 | 生活相談員                              |
| 受付日・受付時間 | 月曜日～土曜日（年末年始休暇を除く） 午前8時15分～午後5時15分 |
| 電話番号     | 0858-36-1303                       |

【その他、各市町村相談窓口】

|                |          |               |              |
|----------------|----------|---------------|--------------|
| 北栄町            | 福祉課介護保険室 | 北栄町由良宿423-1   | 0858-37-5850 |
| 琴浦町            | すこやか健康課  | 琴浦町大字徳万591-2  | 0858-52-1716 |
| 湯梨浜町           | 長寿福祉課    | 湯梨浜町大字久留19-1  | 0858-35-5378 |
| 三朝町            | 健康福祉課    | 三朝町大瀬999-2    | 0858-43-3520 |
| 倉吉市            | 長寿社会課    | 倉吉市堺町2丁目253-1 | 0858-22-7851 |
| 鳥取県国民健康保険団体連合会 |          | 鳥取市立川町6丁目176  | 0857-20-2100 |

\*当事業所は、利用者に対するサービス提供の開始に当たり、  
本書面をもって利用者に重要事項を説明し、同意を得た上で、本書面を交付しました。

重要事項説明書の説明年月日 令和 年 月 日

【事業者】

〒689-2106

鳥取県東伯郡北栄町松神145-1

合同会社 くるみの木

デイサービスセンターくるみの木

代表社員 喜多條 正

説明者氏名 喜多條 正

\*私は、本書面によりサービス内容及び重要事項の説明を受け、  
同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

【ご利用者様】

(住 所)

(氏 名)

印

【代理人様】

(住 所)

(氏 名)

印

(続柄： )