

〈エミライズケアセンター〉

通所介護・第1号通所事業利用重要事項説明書

1. エミライズケアセンターを提供する事業者について

事業者名所 株式会社 クロビア
代表者名 中山 稔夫
本社所在地 奈良市西木辻町206 やぎもとビル1F
連絡先 TEL 0742-21-6015 FAX 0742-21-6016
法人設立年月日 令和3年6月17日

2. エミライズケアセンターの概要

① 提供できるサービスの種類と地域

名称 エミライズケアセンター (2970108623)
所在地 奈良市西木辻町206 やぎもとビル1F
連絡先 TEL 0742-21-6015 FAX 0742-21-6016
種類 第1号通所事業・通所介護(デイサービス)
サービス対象地域 奈良市内

② 通所介護に従事する職員

・管理者 1名
・生活相談員 1名以上
・機能訓練指導員 1名以上
・看護職員 1名以上
・介護職員 6名以上

③ 提供できる施設の設備の概要

・機能訓練室 1室
・食堂 1室
・静養室 1室
・相談室 1室
・送迎車 1台以上

④ 営業時間

月～土 ; 午前 8時30分～ 午後 17時30分
サービス提供時間

月～土 ; 午前 9時00分～ 午後 17時00分

⑤ 利用定員

月～土 : 40名

3. 事業の目的及び運営方針

(目的)

- ・施設の介護職員及び生活相談員並びに機能訓練指導員（以下介護職員等）が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者等（以下要介護者等）および保険者が定める要介護状態にある高齢者等に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。

(運営方針)

- ・施設の介護職員等は、要介護者等に対し、通所により各種のサービスを提供することによって、これらの者の生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上等を図るとともに、その家庭の身体的・精神的な負担の軽減を図ることを行う。
- ・事業の実施に当たっては、関係市町村、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るものとする。

4. 利用料金

重要事項説明書別紙参照

5. 支払方法

- ・毎月、月末締めとして翌月初めに請求書を発行し、前月分の請求書を利用者またはその家族にお届けします。その請求額を翌月末日迄にお支払い頂きます。
- ・お支払い方法は、現金払い、銀行振込の方法があります。お支払いの方法については、契約時にご相談下さい。
- ・利用者のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で未払い分をお支払い頂くことになります。

6. キャンセル規程

お客様のご都合でサービスを中止（お休み）する場合

- ① ご利用日の前営業日午後5時30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30までにご連絡いただいた場合…無料
- ③ ご利用日の当日午前8時30までにご連絡がなかった場合…1000円

7. 受給資格等の確認

通所介護の提供の事前に、その者の提示する被保険証（資格者証）によって、被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定等の有効期限を確認させていただきます。

8. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

サービスの利用にあたり通所介護契約を結びます。

(2) サービスの終了

① 利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了をご希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

11. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

12. 秘密保持と個人情報保護について

1. 事業者及び事業者の従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は利用終了後も同様です。
2. 事業者は、従業員であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らすことがないよう配慮します。
3. 事業者は、次の各号についての情報提供については、利用者及びその家族から、予め文書により同意を得た上で行うこととします。
 - ① 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
 - ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。尚、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

13. 緊急時・事故発生時の対応

利用者の病状の急変等が生じた場合その他必要な場合は、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

【家族等緊急連絡先】

氏 名 続柄
住 所
電 話 番 号
携 帯 電 話

【主治医】

医療機関名
氏 名
電 話 番 号

14・非常災害対策

非常災害に備えるため防火計画等を作成し、利用者の避難訓練、誘導等安全確保に十分な対応を行うものとします。また、防火訓練計画により年2回の訓練の実施とともに、日常防火・点検を行うものとします。

15. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心してご利用いただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止しています。

16. サービス内容に関する苦情 相談 要望の窓口

① 当法人 所在地 〒630-8325 奈良市西木辻町206 やぎもとビル1F
TEL 0742-21-6015

② 市町村の窓口 当法人以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

奈良市介護福祉課

所在地 〒630-8580 奈良市二条大路南1-1-1

TEL 0742-34-5422

FAX 0742-34-2621

受付時間 8:30~17:15 (土日、祝日は除く)

奈良市福祉政策課

所在地 〒630-8580 奈良市二条大路南1-1-1

TEL 0742-34-5196

FAX 0742-34-5014

受付時間 8:30~17:15 (土日、祝日は除く)

③ 公共団体の窓口

奈良県国民健康保険団体連合会

所在地 〒634-0061 奈良県橿原市大久保町302-1

奈良県市町村会館5階 事業課 介護苦情係

TEL 0744-29-8326

FAX 0744-21-6899

フリーダイヤル 0120-21-6899

受付時間 9:00~16:45 (土日、祝日は除く)

17. 第三者評価の有無

第三者評価の状況	無
----------	---

通所介護等の提供開始にあたり、利用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。

年 月 日

事業者

所在地 奈良市西木辻町206 やぎもとビル1F
事業者名 株式会社 クロビア
代表者名 代表取締役 中山 稔夫 印

この契約に定める通所介護を提供する事業所

所在地 奈良市西木辻町206 やぎもとビル1F
事業所名 エミライズケアセンター
施設管理者 山田 基晴
説明者氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護等についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住所

氏名 印

代理人

住所

氏名 印

(利用者との関係：)