

地域密着型通所介護
加古川市介護予防型通所サービス
重要事項説明パンフレット

令和7年4月1日 現在

このパンフレットは、お客様が地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービス（デイサービス）の契約にあたって、お客様やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、契約書の内容をご理解していただけるような内容となっております。

◎ 当事業所の概要

事業所名	指定地域密着型通所介護事業所 アーチ・デイサービス 加古川西
所在地	加古川市東神吉町西井ノ口631-4
指定事業所番号	2872202995
開設年月日	平成24年10月1日
連絡先	TEL 079-432-0417 FAX 079-432-0447
責任者連絡先 （氏名 塚本 康之）	TEL 078-362-0417 FAX 078-362-0418
営業日・営業時間	月・火・水・木・金 午前8時45分～午後5時45分 祝日を含む
通常のサービス提供実施 地域 （交通費無料エリア）	加古川市米田町、西神吉町、東神吉町、志方町
ホームページアドレス	https://www.cina.co.jp/
E-mail	info@cina-jp.com
事業の目的・運営方針	当事業所が行う地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービスは、要支援・要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

◎ 当事業所の職員体制

1. サービス事業所の相談窓口

電話番号 079-432-0417

担当者 生活相談員 石田 友美（いしだ ともみ）

2. 事業所の概要

① 事業者の指定番号およびサービス提供の種類と地域

事業者名 アーチ・デイサービス 加古川西

所在地 〒675-0055 加古川市東神吉町西井ノ口631-4

提供できるサービス 送迎・入浴・機能訓練・昼食（お弁当：実費）他

介護保険番号 2872202995

サービスを提供する地域 加古川市米田町、西神吉町、東神吉町、志方町

② 事業所の職員体制

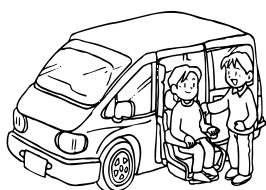
責任者	塚本 康之	
職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者へ地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービス計画を交付します。 5 指定地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービスの実施状況の把握及び地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービス計画の変更を行います。	常 勤 1 名
生活相談員	1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービス計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	常 勤 1 名
看護師・ 准看護師 (看護職員)	1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	常 勤 1 名 非常勤 1 名
介護職員	1 地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービス計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常 勤 2 名 非常勤 1 名

機能訓練 指導員	1 地域密着型通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行います。	常 勤 1 名 非常勤 名
-------------	--	------------------

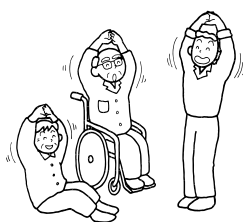
③ 事業所の営業日とサービス提供時間

営業日	サービス提供時間
月・火・水・木・金	午前9時30分から午後4時30分

3. 介護保険対象のサービス内容



送 迎



体 操



入 浴

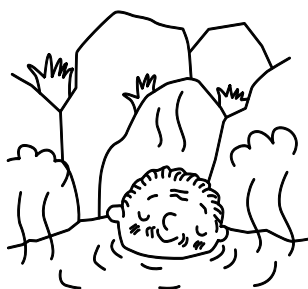


食 事

4. 介護保険給付対象外サービス内容



ハイキング



温 泉



ウォーキング

5. 利用料金

- ① 利用料（地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービス費）**添付資料**をご確認ください。
- ② キャンセル料 前日までは発生しません。当日キャンセルは、お弁当代 **690** 円を頂戴します。
- ③ そ の 他 オムツ、タオル等お忘れになられたときは実費ご負担頂きます。

支払方法 毎月、10日までに前月分を請求します。27日以内に、口座自動引落とし、振込み、現金集金のいずれかを契約の際に指定する。

6. サービスの利用方法

① サービスの利用開始

現在、居宅サービス計画の作成を依頼されている場合は事前に介護支援専門員とご相談下さい。
ご自分で居宅サービス計画を作成されている方は、当事業所に直接、ご連絡下さい。

② サービスの終了

利用者の都合でサービスを終了する場合 サービス終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

事業者の都合でサービスを終了する場合 ご本人様の状態、人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は 1 ヶ月前までに文書でご通知いたします。

自動終了 以下の場合、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

- ご利用者が介護・医療保険施設に入所した場合。
- 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
- ご利用者がお亡くなりになった場合。

健康上の理由による中止

- 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- 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、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

※ サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員を超過する日には振り替えできませんのでご了承ください。

その他

- 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合等については、お客様は解約を連絡することによって即座にサービスを終了することができます。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

- お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

7. 事業所の介護サービスの特徴

- ① 運営方針 当事業所が行う地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービスは、要支援・要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

④ サービスの実施概要

- 地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービスの提供に当たっては、地域密着型通所

介護計画・加古川市介護予防型通所サービス計画に基づき、利用者の日常生活動作及びその者が日常生活を営む上で必要な援助を行う。

- 地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービス従業者は、地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを主旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- 地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- 地域密着型通所介護・加古川市介護予防型通所サービスは、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、日常生活動作その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症の状態のある要介護者等の対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

8. 緊急時の対応方法

主治医	氏名	連絡先
指定連絡先	氏名	連絡先
指定連絡先	氏名	連絡先
居宅介護支援事業者	事業者名	連絡先

9. サービス内容に関する苦情

- ① 相談・苦情担当者氏名と電話
- | | |
|-----------------------|------------------|
| アーチ・デイサービス加古川西 | 079-432-0417 |
| 生活相談員 | 石田 友美（いしだ ともみ） |
| 株式会社 シーナ | 078-362-0417 |
| デイサービス担当 | 塚本 康之（つかもと やすゆき） |
| 加古川市 介護保険課 | 079-427-9220 |
| 兵庫県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 | 078-332-5617 |

10. 事業者法人の概要

名称・法人種別 株式会社 シーナ
代表者役職・氏名 代表取締役 糟 谷 有 彦
所在地・電話番号 本 社 〒650-0027
神戸市中央区中町通2-1-18 JR神戸駅NKビル6階
TEL 078-362-0417 FAX 078-362-0418

令和 年 月 日

指定サービスの提供開始にあたり、利用者に対して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。

事業者

事業所所在地 〒675-0055 加古川市東神吉町西井ノ口631-4

事業所名称 アーチ・デイサービス 加古川西

介護保険番号 2872202995

説明者氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により指定サービス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