

重要事項説明書

1. 事業者の概要

名称・法人種別	株式会社 K's town
代表者名	河村 賢志
所在地・連絡先	所在地 岐阜県岐阜市栄新町1-46 連絡先 TEL 058-232-8379 FAX 058-232-0777

2. 事業所の概要

事業所名	ケアセンター 花の路。
所在地・連絡先	〒502-0847 岐阜市早田栄町4丁目26番地 TEL 058-233-7061 FAX 058-233-7062
施設長名	熊崎 文人
開設年月日	平成 18年 9月 15日
保険事業者指定番号	2170104299

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者等に対し、適正な指定短期入所生活介護事業を提供し、在宅生活を支援します。
施設運営の方針	要介護状態の心身の特性を踏まえて、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、さらに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その家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。

4. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷地面積	773.04㎡
建物構造	鉄筋コンクリート造5階建（耐火建築）
建物延べ床面積	1878.85㎡
利用定員	36人

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	一人当たり面積
個室	36	10.70㎡～11.00㎡	10.70㎡～11.00㎡

(3) その他主な設備

設備の種類	数	面積	一人当たり面積
2階食堂兼機能訓練室	1	44.75 m ²	4.97 m ²
3階食堂兼機能訓練室	1	44.75 m ²	4.97 m ²
4階食堂兼機能訓練室	1	44.75 m ²	4.97 m ²
5階食堂兼機能訓練室	1	44.75 m ²	4.97 m ²
2階浴室	1	4.69 m ²	
3階浴室	1	4.69 m ²	
4階浴室	1	4.69 m ²	
5階浴室	1	4.69 m ²	

5. 職員体制（主たる職員）

従業者の種類	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1		1			0.5	1人	
生活相談員	1		1			0.5	1人	
介護職員	13	13				13	6.7以上	準看護師
看護職員	2		2			1		
機能訓練指導員	2		2			1		
医師	1			1		1	1以上	
栄養士	1				1			外部委託

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	日勤 9:00～18:00	1ヵ月8日又は9日
生活相談員	日勤 9:00～18:00	1ヵ月8日又は9日
介護職員	早番 7:00～16:00	1ヵ月8日又は9日
	日勤 9:00～18:00	
	遅番 11:00～20:00	
	夜勤 16:30～9:30	
看護職員	日勤 9:00～18:00	1ヵ月8日又は9日
機能訓練指導員	日勤 9:00～18:00	1ヵ月8日又は9日
医師	週1日	
栄養士	外部委託	

7. 営業日及びご利用の予約

営業日	年中無休
ご予約の方法	ご利用の予約は、随時受け付けております。

8. 施設サービスの内容

別紙「サービス内容説明書」の通りです。

「サービス内容説明書」は契約書に別紙「1. 介護保険給付サービス」「2. 介護保険給付外サービス」を添付します。

9. 苦情等申立先

当施設ご利用相談室 又は(株)K`s town ご利用者相談室	<ul style="list-style-type: none"> ・施設相談担当者 生活相談員 熊崎 文人 ご利用方法 電話：058-233-7061 ・K`s town相談窓口 河村 国子 ご利用方法 電話：058-242-9855 いずれも ご利用時間 9:00～18:00 ・面接：事前に電話等で要予約
岐阜市役所介護保険課	住 所 岐阜市今沢町18番地 電 話 058-265-4141 (代) 受付時間 8:45～17:30
岐阜県国民健康保険連合会	住 所 岐阜市下奈良2丁目2番1号 電 話 058-273-1111 (代) 受付時間 9:00～17:00

10. 協力医療機関

医療機関の名称	渡辺内科
住所	岐阜市住田町1番地
診療科目	内科

11. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒はできません。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。

宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

キャンセル料

食事代	お客様の都合によりキャンセルが発生した場合キャンセル料を頂く場合がございます。
上記以外	キャンセル料は頂きません。

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

平成 年 月 日

ご利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

説明者 氏名 _____ 印