

社会福祉法人 東和福祉会

デイサービスセンター 三愛 重要事項説明書

(総合事業)

1 事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 0479-82-3912

担当 管理者 神原 祥子
生活相談員 長谷川 智信

* ご不明な点は、何でもお尋ねください

2 デイサービスセンター三愛の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名 称	デイサービスセンター 三愛
所 在 地	千葉県山武郡横芝光町栗山2700
介護保険事業所番号	地域密着型通所介護・総合事業(1276400155号)
サービスを提供する地域	横芝光町にお住まいの方(その他の地域は要相談)

* 上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください。

(2) 職員体制

	配 置 状 況			
	資格	常勤	非常勤	業務内容
管理者	社会福祉主事	1名		従事者の業務管理
生活相談員	社会福祉主事(兼務) 介護福祉士	2名(1)		相談、助言その他援助
介護職員	ヘルパー2級	2名(1)		自立支援、日常生活の充実のための必要な援助
看護職員	看護師	1名		健康状態の注意、健康保持のための適切な処置
給食担当職員	栄養士(兼務)	1名(0)		調理と衛生管理、栄養や嗜好に考慮した食事の提供
機能訓練指導員	看護師(兼務)	1名(0)		健康状態の注意、健康保持のための適切な処置

() 内は男性

(3) 同事業所の設備の概要

定員	15名	浴室	一般浴層
食堂兼機能訓練室	1室 (146.88 m ²)	相談室	1室 (5.053 m ²)
静養室	1室 (18.233 m ²)	送迎車	3台

(4) 営業時間 (サービス提供時間)

月曜日～土曜日	午前9時00分～午後4時15分
休日	日曜日及び年末年始(12月30日～1月3日)

*時間の延長を希望されるお客様は、まずはお相談ください。

3 サービス内容

- (1) 送迎・・・車椅子対応の車両で玄関まで送迎。
- (2) 食事・・・高齢者向けの食事(常食、粥食、きざみ食、ミキサー食)を提供。
- (3) 入浴・・・健康チェック後、洗髪、洗身、入浴
- (4) 日常動作訓練・・・体操、レクリエーション、季節に応じた行事を実施。
- (5) 生活相談・・・生活、身上、介護に関するご相談に応じます。

4 利用料等

(1) 利用料金

	要支援1	要支援2
基本料	1,672単位	3,428単位
(1割負担分)	(1,672円)	(3,428円)
(2割負担分)	(3,344円)	(6,856円)
(3割負担)	(5,016円)	(10,284円)
運動機能向上加算		255単位/月
栄養アセスメント加算		50単位/月
科学的介護推進体制加算		40単位/月
介護職員処遇改善加算(I)	基本料金・各加算の合計×5.9%	
介護職員特定処遇改善(II)	基本料金・各加算の1.0%	

* ご利用者負担額は、介護保険適用時の1月あたりの自己負担額になります。

* 介護保険の単位を通常の貨幣単位に換算する場合には、単位に10円を乗じたものが円になります。

* 昼食代(おやつ代含む)として1日あたり650円を別途ご負担いただきます。

- * 要支援1の方で週1回、要支援2の方で週2回のご利用となります。
- * 上記以外の通所介護に係る経費以外の費用は、別途申し受ける場合があります。

5 通所介護相当サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話ください。センターの職員がお伺いいたします。介護予防通所介護計画作成と同時に契約を締結し、通所介護相当サービスの提供を開始します。地域包括支援センターや同センターの委託を受けた事業所が介護予防計画の作成を担当している場合は、事前にご担当の方にご相談下さい。

(2) サービスの終了

- お客様のご都合で通所介護相当サービスを終了する場合
サービスの終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。
- 当センターの都合で通所介護相当サービスを終了する場合
やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了の30日前までに文書で通知するとともに、地域の他の介護予防通所介護事業所を紹介いたします。
- 自動終了
お客様が、介護保険施設に入所した場合、お客様の要介護認定区分が、自立または要介護と認定された場合（要介護の場合、条件を変更して再度契約をすることができます）、お客様がお亡くなりになった場合は、双方の通知がなくても契約は自動終了します。
- その他
当事業所が正当な理由なく通所介護相当サービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合お客様・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、また、当事業所が指定を取り消された場合には、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を終了することが出来ます。
お客様が、利用料などの支払を2カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に滞納金全額を支払わない場合、お客様ご家族などが当センターやサービス従事者または他の利用者に対して本契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合は、文書で通知することにより契約を終了させていただく場合があります。

6 利用料などの支払い方法

毎月、15日までに前月分の利用料の請求をしますので、25日までにお支払下さい。支払時に領収書を発行します。支払い方法は、口座振替・現金支払よりご契約の際にお選びいただけます。

7 当センターの通所介護相当サービスの特徴等

(1) 運営の方針

当事業所は、要支援状態となったお客様が可能な限りその居住において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者の社会的不安の解消および心身の機能の維持ならびにお客様の家族の身体的および精神的負担の軽減を図るよう努めます。

(2) 通所介護相当サービス利用にあたっての留意事項

- ・送迎時間の連絡・・・利用案内書により、事前に連絡します。
- ・体調確認・・・健康チェック（検温、血圧、脈拍）により確認します。
- ・体調不良等によるサービスの中止・変更
サービス提供日前日の午後5時30分までにご連絡下さい。
それを過ぎてからのご連絡となった場合は、キャンセル分の昼食代（おやつ代含む）550円をご負担いただきます。
- ・サービス提供時間の変更・・・電話により事前に連絡いたします。
- ・当事業所の設備、器具の利用・・・利用前に必ず職員にご連絡下さい。ご使用にあたっては、本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損などが生じた場合、弁償していただく場合があります。

（3）健康上の理由によるサービス提供の中止

- ・お客様の病気・怪我等の状態が思わしくない場合は、サービスの提供を中止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、利用中に体調が悪くなった場合は、サービス内容の変更または提供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処します。また、必要に応じてご家族と共同して主治医に連絡を取る等、必要な処置を講じます。

*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、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんので、ご了承下さい。

8 秘密保持および個人情報の提供

お客様に通所介護相当サービスを提供する上で知り得たお客様およびご家族に関する秘密及び個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。ただし、担当地域包括支援センターや同センターの委託を受けた事業所および行政関係機関、介護支援専門員、他の介護保険サービス事業者、その他保健医療サービス事業者等との連絡調整において、必要最小限の範囲内でお客様やご家族の個人情報を用いることができます。

9 緊急時の対応方法

事業者は、サービスの提供中にお客様の病状の急変等が生じた場合、その他必要な場合は、まずご家族に連絡し、ご家族と共同して主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

【ご家族様の連絡先】

氏名 _____ (続柄： _____) 電話番号 _____

住所 _____ 携帯電話 _____

上記以外の連絡先 _____ (続柄： _____) 電話番号 _____

【主治医】

医師名 _____ 病院名 _____

住所 _____ 電話番号 _____

*上記の緊急連絡先は、常時確実に連絡が取れるようにお願いします。

10 非常災害対策

(1) 災害時の対応・・・訓練に基づき、避難救出いたします。暴風雨雪等の警報が発令され送迎

に危険な場合は事業を休止いたします。

- (2) 防災設備・・・消防法に基づく設備を設置しています。
- (3) 防災訓練・・・消防計画などに基づき、非常災害時の関係機関への通報体制を整備しそれらを定期的に当事業所従業者に周知するとともに、避難救出、その他必要な訓練を定期的実施いたします。

1.1 サービス内容に関する苦情

- (1) 当サービスセンターの介護予防通所介護に関するご相談・苦情および介護予防通所介護計画に基づく、各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

担当	責任者	管理者	神原 祥子
		生活相談員	長谷川 智信
電話番号	0479-82-3912		

* 個別の相談は生活相談員に直接申立下さい

- (2) 当事業所以外に、市町村の相談窓口で苦情を申し立てることが出来ます。

横芝光町役場 福祉課	0479-84-1257
山武市役所 高齢者福祉課	0475-80-2641
匝瑳市役所 高齢者支援課	0479-73-0033
千葉県国民健康保険団体連合会 第三者委員	043-254-7428 若梅 富雄 加藤みよ子

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

◎介護予防通所介護相当サービスの提供開始に当たり、利用者に対して、契約書、重要事項説明書、個人情報利用に関する同意に基づいて、重要な事項を説明しました。

<事業者>

所在地 千葉県市川市田尻 5 丁目 15 番 9 号
事業者名 社会福祉法人東和福祉会

代表者 理事長 芝田 中 印

<事業所名>

所在地 千葉県山武郡横芝光町栗山 2700
事業所名 デイサービスセンター三愛

担当者名 生活相談員 印

◎私は、契約書、重要事項説明書、個人情報利用に関する同意に基づいて、事業者から介護予防通所介護相当サービスについての説明を受けました。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<署名代筆者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)