

重要事項説明書

(通所介護・介護予防通所サービス)

(令和6年6月現在)

1. 事業の目的及び運営方針

事業者は利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、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通所介護または介護予防通所サービス（介護予防・日常生活支援総合事業サービス）を提供します。

2. 当事業所が提供する相談窓口

電話 0258-52-0154

月～日 午前 8時30分～午後 5時30分

対応者 生活相談員 鳴田則子・佐藤礼子

3. 法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 太陽福祉会

代表者 氏名 理事長 内田 力

4. 事業所の概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	デイサービスセンター サンホーム
所在地	〒940-0203 新潟県長岡市榆原784番地13
介護保険事業所番号	1570202166

(2) 事業所の職員体制

	職員数	備考
管理 者	1名	生活相談員・介護職員兼務
生活 相談 員	1名以上	介護職員兼務
看 護 職 員	1名以上	機能訓練指導員兼務
介 護 職 員	5名以上	認知症研修修了者1名
機能訓練指導員	1名以上	専従1名と他に看護職員兼務
管 理 栄 養 士	1名	他事業所と兼務
歯 科 衛 生 士	1名	他事業所と兼務

(3) 事業所の設備の概要

定員	33名		
食堂兼機能訓練室	1室 169.546 m ²	相談室	13.86 m ²
浴 室	一般介助浴室 49.75 m ²	静養室	12.88 m ²
	特殊介助浴室 23.40 m ²	送迎車	6台

5. 営業日、営業時間および事業実施地域

(1) 営業日および営業時間

営業日	通年
営業時間	午前8時30分から午後6時30分
サービス	午前9時30分から午後4時30分
提供時間	延長時間は午後4時30分から午後6時30分までとします

(2) 通常の事業の実施地域 ①長岡市 ②見附市 ③三条市

6. サービス内容

種類	内容
送迎	<ul style="list-style-type: none">リフト付介護車輛でご自宅から事業所まで送迎いたします。家族による送迎や緊急時の家族のお迎え等の場合は基本料金より47円減額されます。
入浴	<ul style="list-style-type: none">特殊浴槽や大浴場をご用意しています。
食事	<ul style="list-style-type: none">栄養バランスと「食べやすさ」を考慮し、明るく楽しい食卓をご提供いたします。栄養食事の相談・指導を行います。
生活相談	<ul style="list-style-type: none">在宅生活上の相談にあたります。
機能訓練等	<ul style="list-style-type: none">必要に応じ、レクリエーション・機能訓練を行ないます。口腔機能向上のための指導・訓練を行ないます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none">体温・血圧等のチェックを行います。体調の変化についてはご家族と連絡を取り、健康相談を行ないます。

7. 利用料金

(1) 利用料金

デイサービスセンター・サンホームご利用料金表のとおり

(2) キャンセル料

利用者の都合でサービスの利用を中止した場合、キャンセル料がかかりますので出来る限り早めの連絡をお願いいたします。

- ① 利用者は、事業者に対して、サービス提供日の前日午後5時30分までに連絡をすることにより、キャンセル料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。
- ② 当日になり、利用者の都合でサービスを中止した場合は、下記のキャンセル料がかかります。但し、体調の急変など緊急やむ得ない理由により中止した場合はキャンセル料の一部の負担をお願いいたします。但し、介護予防通所サービスは月定額料金のため基本料金のキャンセル料の負担はございません。

①利用日の前日午後5時30分までに連絡した場合	無料
②利用日の当日緊急やむ得ない理由により中止した場合	食費
③利用日の当日又は連絡がなかった場合	基本料金・加算料金+食費
④利用日の当日、体調不良等により3時間未満で利用中止となった場合	食費

(3)お支払い方法

20日までに前月分の請求書を送付いたしますので、到着後当月末までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払い方法は、(金融機関自動引き落とし・金融機関振込・現金)のいずれかの中からお選び下さい。

- 現金・当施設内の事務室窓口へ直接お支払い下さい。
 - ・領収書は、お支払時にお渡し致します。
- 振込・下記口座にお振込み下さい。(手数料は振り込み人様負担)
 - ・領収書は入金確認後、次回の請求書と一緒に郵送致します。

第四銀行 栃尾支店 普通口座 1210134 社会福祉法人 太陽福祉会 デイサービスセンター サンホーム

- 振替・下記の金融機関がご利用できます。
 - ・いずれかを選び、申込書をご記入ください。
 - ・領収書は入金確認後、次回の請求書と一緒に郵送致します。

金融機関	手数料（税込）
第四北越銀行	55円
えちご中越農業協同組合	55円
郵便局	10円

8. 急変時の対応方法

事業者は、現に通所介護または介護予防通所サービスの提供を行っている時に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治の医師または歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

ご 家 族 ①	氏 名		続 柄	
	住 所			
	日中の連絡先 電話番号	— —	(自宅・勤務先・携帯)	
ご 家 族 ②	氏 名		続 柄	
	住 所			
	日中の連絡先 電話番号	— —	(自宅・勤務先・携帯)	
緊 急 時	病院名			
	主治医名			
	住 所			
	電話番号	—	—	

9. 非常災害対策

万一自然災害・火災・その他が発生した場合には、速やかに利用者の皆さまの救済、事故の拡大防止など必要な措置を講じます。また、地域の皆さんと連携をとり対応します。定期的に避難訓練を行い、利用者の皆さんにもご参加いただきます。

10. 事故発生時の対応

- ① 事業者は、利用者の生命・身体・財産等に損害を与えた場合、その責任の所在に問わらず、利用者の家族・介護支援専門員・必要に応じて市町村等に直ちに連絡し同時に記録を残します。また、遅滞なく必要な措置を講じます。
- ② 事業者は、サービスの実施にあたり、利用者の生命・身体・財産等に損害を与えた場合、その損害を賠償します。ただし、その損害について事業者の責任を問えない場合については、この限りではありません。

11. 個人情報の使用について

1. 利用目的

- ① 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- ② 利用者に関するサービスが円滑に提供されるために実施する、サービス担当者会議での情報提供のため
- ③ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス提供者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等の連絡調整のため
- ④ 利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合
- ⑤ 利用者の利用する介護事業所内のサービス検討会のため
- ⑥ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- ⑦ 諸行事等で撮影した写真等を施設広報誌等に記載する場合
- ⑧ その他サービス提供で必要な場合
- ⑨ 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡の場合

2. 使用条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に関する目的以外で決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関する契約の締結日からサービス終了後においても第三者に漏らさない。
- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手先について経過を記録し、請求があれば開示する

12. サービスご利用にあたってのお願い

送迎時間	道路状況等で多少時間が前後することがありますのでご了承下さい。 何らかの理由で送迎時間に大きな変更のある場合は速やかにご連絡いたします。また利用日には早めの準備にご協力下さい。
体調確認	風邪・病気等で著しい体調不良がある際はサービスの提供をお断りすることがあります。
体調不良等によるサービスの中止・変更	当日の健康チェックの結果、体調不良によりサービス内容を変更または中止することがあります。
ご利用時間の変更	居宅介護支援事業者の担当者にお申し出下さい。
持ち物への記名	紛失防止のため、持ち物にはすべて記名してください。
連絡先の変更	緊急時に連絡が取れるよう、連絡先の変更があった場合は、速やかにお知らせ下さい。

13. 苦情等申立先

○当事業所のお客様相談・苦情受付担当 電話 0258-52-0154
・担当者 デイサービスセンター管理者 鳩田 則子
生活相談員 鳩田則子・佐藤礼子

○公的機関苦情相談窓口

・長岡市役所福祉保健部介護保険課 電話 0258-39-2245
・長岡市福祉保健部長寿はつらつ課介護総合事業係 電話 0258-39-2268
・長岡市役所栃尾支所市民生活課 電話 0258-52-5835
・見附市健康保険課 介護保険係 電話 0258-61-1350
・三条市役所高齢介護課介護保険係 電話 0256-34-5511
・新潟県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室 電話 025-285-3022

14. 第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	あり なし
	なし		

通所介護、介護予防通所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、交付しました。

令和 年 月 日

<事業者> 事業者名 デイサービスセンター サンホーム

所在地 新潟県長岡市榆原 784 番地 13

代表者名 社会福祉法人 太陽福祉会

理 事 長 内 田 力 印

<説明者> 所 属 デイサービスセンター サンホーム

職 名 生活相談員

氏 名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護、介護予防通所サービスについての重要事項の説明を受け同意しました。

また、重要事項説明書第11条個人情報の取り扱いに定めるとおり、私及び家族、身元引受人の個人情報を使用することに同意します。

上記契約を証明するために、本契約書を2通作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印のうえ、それぞれ1通ずつを保管します。

<利用者> 住 所 _____

氏 名 印

<署名代理人>及び<立会人>

住 所 _____

氏 名 印 繰柄 _____