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

（通所介護）

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　　生活相談員　　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	1279100372　号
サービスを提供する地域	横芝光町にお住まいの方（その他の市町村は、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 介護福祉士	２名		相談、助言その他援助
介護職員	ヘルパー２級	２名		自立支援、日常生活の充実のための必要な援助
給食担当職員	管理栄養士(兼務)	１名		調理と衛生管理、栄養や嗜好に考慮した食事の提供
看護職員	看護師	２名		健康状態の注意、健康保持のための適切な処置
機能訓練指導員	看護師(兼務)	１名		個別機能訓練、計画書に基づいた機能訓練の実施

（　）内は男性

（３）同事業所の設備の概要

定員	１９名	浴室	一般浴層(34.733 ㎡)
食堂兼機能訓練室	１室（146.88　㎡）	相談室	１室（ 5.053 ㎡）
静養室	１室（ 18.233 ㎡）	送迎車	２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)

３　サービス内容

（１）　送迎・・・車椅子対応の車両でご自宅まで送迎。
（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）　通所介護利用料　（７時間以上８時間未満の場合）

		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
基本料	基本料	６５８単位	７７７単位	９００単位	１，０２３単位	１,１４８単位
	(利用者負担)	（６５８円）	（７７７円）	（９００円）	（１，０２３円）	（１,１４８円）
	(2 割負担)	（１，３１６円）	（１，５５４円）	（１，８００円）	（２，０４６円）	（２，２９６円）
	(3 割負担)	（１，９７４円）	（２，３３１円）	（２，７００円）	（３，０６９円）	（３，４４４円）
加算	入浴加算	４０単位／日				
	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	５６単位／日				
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	２０単位／月				
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	２２単位／日				
	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（Ⅱ）	基本料金・各加算の合計×9.0%				
食費	昼食代(おやつ代含む)	７００円				

通所介護利用料　（6時間以上７時間未満の場合）

		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
基本料	基本料	５８４単位	６８９単位	７９６単位	９０１単位	1,００８単位
	(利用者負担)	（５８４円）	（６８９円）	（７９６円）	（９０１円）	（1,００８円）
	(2割負担)	（1，１６４円）	（1，３７８円）	（1，５９２円）	（1，８０２円）	（2，０１６円）
	(3割負担)	（1，７４８円）	（2，０６７円）	（2，３８８円）	（2，７０３円）	（3，０２４円）
加算	入浴加算	４０単位／日				
	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	５６単位／日				
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	２０単位／月				
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	２２単位／日				
	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（Ⅱ）	基本料金・各加算の合計×9.0%				
食費	昼食代(おやつ代含む)	７００円				

＊ご利用者負担額は、介護保険適用時の１日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。
＊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　介護サービスの利用方法

（1）介護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。通所介護計画作成と同時に締結し介護サービスの提供を開始します。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（ケアマネージャー）とご相談下さい。

（2）介護サービスの終了

・お客様のご都合で介護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介護サービスを終了する場合
やむを得ない事情により、介護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、地域の他の通所介護事業をご紹介します。

・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、自立または要支援と認定された場合（要支援の場合、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介護サービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、お利用者・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。（口座振替・現金支払）

7　当センターの介護サービスの特徴等

（1）　運営の方針

当事業所は、要介護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、利用者の社会的孤立感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に務めます。

（2）介護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。

・体調不良等による介護サービスの中止・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。

※キャンセル料について・・・利用者様のご都合でサービスを中止する場合、次のとおりキャンセル料を申し受けます。

①　ご利用日の前日の１７時３０分までにご連絡いただいた場合・・・無料

②　ご利用日の当日までにご連絡がない場合・・・利用料の１割

（介護保険適用時の１日あたりの自己負担額）＋昼食代（おやつ代含む）

・介護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介護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、介護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、介護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。
＊ 介護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

お客様に介護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、お客様の介護サービス計画に沿ってお客様主体の介護サービスを提供するために開催されるサービス担当者会議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るものとします。

９　緊急時の対応方法

事業者は、介護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に実施いたします。

１１　サービス内容に関する苦情

（１）当サービスセンターの通所介護に関するご相談・苦情および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	生活相談員	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、市町村の相談窓口に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　　０４３－２５４－７４２８
第三者委員　　俵芳子　　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

◎通所介護サービスの提供開始に当たり、利用者に対して、契約書、個人情報利用に関する同意、重要事項説明書、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

＜事業所＞

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

◎私は、契約書、個人情報利用に関する同意、重要事項説明書に基づいて、事業者から通所介護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　　）