

地域密着型通所介護重要事項説明書

〈令和 年 月 日現在〉

当事業所が提供するサービスについての相談窓口	
電 話	0267-78-1001 (受付時間：月曜日～金曜日 午前8時15分～午後5時まで)
担 当	事務局長・

1. デイサービスセンターの概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	社会福祉法人 南相木村社会福祉協議会
所在地	長野県南佐久郡南相木村3781-162
介護保険事業所番号	2072000207
通常の事業の実施地域 ※	南相木村

※ 上記以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

区 分	資格	常 勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1名		業務統括	1名
生活相談員		2名		相談・苦情処理等	2名
機能訓練指導員	理学療法士				
事務職員		2名		経理事務	2名
介 護 ・ 看 護 職 員	看護師	1名	2名	看護業務	3名
	機能訓練指導員	1名		介助業務	1名
	介護福祉士	3名	1名	介助業務	4名
	ヘルパー1～2級修了者	1名以上	1名以上	介助業務	2名以上
	その他	1名	2名	調理業務	3名

(3) 同事業所の設備の概要

定 員	18名		
・各部屋の概要			
食堂兼機能訓練室	1室、122.56㎡	静養室	1室、4床
浴室（一般浴槽）	1室、66.56㎡	相談室	1室
浴室（特殊浴槽）	1室、52.50㎡		
・その他			
送迎車	5台		

(4) 営業日、営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日	
休 業 日	毎週土・日曜日及び12月29日から翌年1月3日とする。	
営業時間	平 日	午前8時45分～午後4時
	日曜日	午前 時 分～午後 時 分

2. サービスの内容

- ① 食事
- ② 入浴
- ③ 介護
- ④ 機能訓練
- ⑤ 生活相談
- ⑥ 健康管理
- ⑦ レクリエーション 等

3 利用料金

(1) 基本料金

・デイサービスセンター利用料（1日当たりの利用料）				
該当区分	1月につき	1回につき	自己負担額	備考
要支援1	1,672円	384円	左の額の 1割～3割	週1回相当
要支援2	3,428円	395円	〃	週2回相当
・デイサービス利用料（1日当たりの利用料）				
該当区分	7時間以上8時間未満		自己負担額	備考
要介護1	7,530円		左の額の 1割～3割	
要介護2	8,900円		〃	
要介護3	10,320円		〃	
要介護4	11,720円		〃	
要介護5	13,120円		〃	
・その他の利用料（1回当たり）				
区分	料金	自己負担額	備考	
入浴費	400円	40円	要支援の方は利用料に含まれています。	
昼食代	500円	350円	うち、村から150円助成	

* 月の上限は、要支援1は16,720円 要支援2は34,280円です。

* その他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用などは自己負担となります。

(2) キャンセル料

入所前にお客様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が必要です。

① 利用日の当日午前8時15分までにご連絡をいただいた場合	無料
② 客様に緊急を要する事態が発生した場合	無料
③ 利用日の当日午前8時15分までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の50%

* **ご利用日が月曜日または休日の翌日の場合ご注意ください。**

(3) 支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、14日以内にお支払い下さい。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、金融機関振込、現金集金、口座自動引き落としの3通りの中からご契約の際に選べます。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話でお申し込み下さい。当事業所従業員がお伺いします。

サービス提供の依頼を受けた後、契約を結び、地域密着型通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）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下さい。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合で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1週間前までに文書でお申し出ください。なお、文書は当方で用意してありますので、必要なときはお申しつけください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

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いただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設等に入所等した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、介護保険の非該当と認定された場合
- ・ お客様がなくなられた場合

④ 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、お客様やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払を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14日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが当事業所や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、すぐにサービスを終了させていただく場合があります。

5 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 運営の方針

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必要な日常生活上の援助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維持並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ります。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	○	
時間延長の可否	○	
従業員の研修への参加	○	
サービスマニュアルの作成	○	
送迎の有無	○	
第三者機関の評価の有無	×	

(3) サービス利用にあたっての留意事項

事 項	留 意 事 項 等
・送迎	・8時20分頃に送迎車が出発しますが、利用される方の人数により、送迎の時間が遅くなることがあります。ご自宅内にてお待ちください。
・体調確認	・体調が優れない場合は、事前に連絡願います。 ・ ・ ・
・体調不良等によるサービスの中止・変更	・来所後、体調不良等と判断したときは、サービスの中止・変更がありえますが、その際は、ご連絡いたします。 ・ ・ ・
・ご利用中のお写真について	・行事の際や、ご利用中の様子を写真撮影させていただく機会があります。村内の広報誌や、運営推進会議などで使用させていただくことがありますのでご承知おきください。
・設備、器具の利用	・苑内において、歩行器や車イスをお貸しすることが出来ますので、ご希望の方はご相談ください。

6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

緊急連絡先		
氏 名		
住 所		
電 話 番 号		
続 柄		
主治医		
病院又は診療所名		
医 師 の 氏 名		
住 所		

電 話 番 号		
歯科医師		
病院又は診療所名		
医 師 の 氏 名		
住 所		
電 話 番 号		
救急隊		
消 防 署 名	南 部 消 防 署	
住 所	小海町大字豊里 1862 番地	
電 話 番 号	0267-91-0119	

7 非常災害対策

・ 防災時の対応	利用者の安全確保及び迅速な誘導
・ 防災設備	自動火災報知器、消火器、消火栓、防火水槽等
・ 防災訓練	年 2 回実施
・ 防火責任者	デイサービスセンター所長

8 秘密の保持

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。これは、契約終了後も同様です。

9 サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所ご利用お客様相談・苦情担当

電話 0267-78-1001 (受付時間：月～金曜日 午前8時15分～午後5時)
担当 事務局長・

② その他

当事業所以外に、下記の事業所に苦情を伝えることができます。

事業所名	南 相 木 村 役 場	長野県国民健康保険団体連合会
電話番号	0 2 6 7 - 7 8 - 2 1 2 1	0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 5 5
受付時間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 月曜日 ～ 金曜日 (土日・祝祭日及び 12 月 29 日～1 月 3 日は除く)	

10 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 南相木村社会福祉協議会

代表者役職・氏名 会 長
所 在 地 長野県南佐久郡南相木村 3 7 8 1 - 1 6 2
電 話 番 号 0 2 6 7 - 7 8 - 1 0 0 1
実施する事業

- 1 居宅介護支援事業
- 2 訪問介護事業
- 3 地域密着型通所介護事業
- 4 介護予防・日常生活支援総合事業
- 5 その他 1～4 の事業に付随する業務

1 1 その他

----- 契約する場合は以下の確認をすること -----

令和 年 月 日

地域密着型通所介護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、重要事項を説明しました。

事業者

所在地 長野県南佐久郡南相木村 3 7 8 1 - 1 6 2
名称 社会福祉法人 南相木村社会福祉協議会
代表者名 会長 ㊟

説明者 ㊟

私は、契約書および本書面により、事業者から地域密着型通所介護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 ㊟

(代理人) 住所 _____

氏名 ㊟