

通所介護及び介護予防通所介護及び第一号通所事業重要事項説明書

(令和 年 月 日)

1 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 0495-34-2188 (午前10時～午後5時)

☆ ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 えいがの里デイサービスセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類 通所介護及び介護予防通所介護及び第一号通所事業及び付随サービス

(2) 施設名称 えいがの里デイサービスセンター

所在地 埼玉県児玉郡上里町大字三町字南 19 番 4

介護保険指定番号 通所介護 (埼玉県 1 1 7 4 2 0 0 1 3 7)

サービスを提供する対象地域 本庄市、児玉郡

☆ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。☆

(3) 同センターの職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	業 務 内 容	計
管理者		1 名 ()	名 ()	管理業務	名 ()
生活相談員		名 ()	名 ()	相談業務	名 ()
機能訓練指導員	看護師・准看護師	名 ()	名 ()	機能訓練指導等	名 ()
看護職員・介護職員	看護師	名 ()	名 ()	健康管理等	名 ()
	准看護師	名 ()	名 ()	健康管理等	名 ()
	介護福祉士	名 ()	名 ()	利用者介護等	名 ()
	1～2 級修了者・介護職員初任者研修	名 ()	名 ()	利用者介護等	名 ()
	実務者研修修了者	名 ()	名 ()	利用者介護等	名 ()
	その他	名 ()	名 ()	送迎等	名 ()

() 内は男性再掲

(4) 同センターの設備の概要

定員 20 名 休養室 食堂兼機能訓練室 相談室 浴室 送迎車 研修室(介護者教室)

(5) サービス時間 月曜～日曜 午前 9 時～午後 5 時

定休日 12 月 29 日～1 月 3 日

緊急連絡先 0495-34-2188

3 サービス内容

通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護を行います。

4 通所介護利用料金

指定通所介護等を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定通所介護等が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬の告示上で定められた額とする。ただし、介護予防・日常生活支援総合事業については、上

里町長が定める基準上の額とする。その他の費用として、次の各号に掲げる費用の支払いを受けることができるものとする。

一 食費	1食	550円
二 おやつ代	1日	100円
三 おむつ代	実費	
四 時間外サービス費	1時間	1,000円
五 レクリエーション費用	実費	
六 その他日常生活上の便宜に係わる費用	実費	

*介護保険証と負担割合証の確認させていただきます。

5 支払方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、20日以内にお支払ください。
お支払いいただきますと、領収証を発行します。お支払い方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

通所介護計画作成と同時に契約を結び、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とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

☆ 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

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出下さい。

☆ 当施設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30日前までに文書で通知いたします。

☆ 自動終了

以下の場合は、双方の通知が無くても、自動的に契約を終了いたします。

※ 利用者が介護保険施設に入所した場合・・・入所日の翌日

※ 介護保険給付で、サービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合・・・非該当になった日

※ 利用者がお亡くなりになった場合・・・死亡日の翌日

☆ 利用者が文書で解約できる場合

① 施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合

② 守秘義務に反した場合

③ 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

④ 当施設が破産した場合

☆ 事業者が文書通知により即座に解約できる場合

① 利用者がサービス利用料金の支払いを30日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合

- ② 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
- ③ 利用者が入院又は病気等により３ヶ月以上に渡りサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
- ④ 利用者や家族等が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

7 当施設のサービスの特徴等

別添えの資料をご覧ください。

8 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速やかに連絡いたします。

9 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

尚、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	株式会社 損害保険ジャパン
保険名	社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害補償」

10 秘密保持

- ① 当事業所の職員は、職務上知り得た利用者及び家族の秘密は絶対第三者に漏らしません。
- ② サービス担当者会議等において家族の個人情報を用いますので予めご了承ください。

11 苦情相談窓口

事業所 えいがの里デイサービスセンター	0 4 9 5 - 3 4 - 2 1 8 8
上里町 高齢者いきいき課	0 4 9 5 - 3 5 - 1 2 4 3
本庄市 高齢者担当課	0 4 9 5 - 2 5 - 1 1 2 7
神川町 高齢者担当課	0 4 9 5 - 7 4 - 1 1 5 5
美里町 高齢者担当課	0 4 9 5 - 7 6 - 5 1 3 2
埼玉県国民健康保険団体連合会	0 4 8 - 8 2 4 - 2 5 6 8

12 第三者評価の実施状況

実施なし

13 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスの利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、出来る限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡下さい。
- (2) 主治医から指示事項がある場合は申し出てください。

14 通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	社会福祉法人 英会
所在地	埼玉県児玉郡上里町大字三町字南 19 番 4
名 称	えいがの里デイサービスセンター
代表者	理事長 根 岸 将 也 印
説明者	氏 名

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者	住 所	
	氏 名	印
代理人	住 所	
	氏 名	印