重要事項説明書

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：０７７６－４１－７７６６（平日 午前８時30分～午後５時30分）

担当：管理者・生活相談員　　※ ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

2. デイサービスセンター東郷の概要

（1）提供できるサービスの種類と概要

名称	デイサービスセンター　東郷
所在地	福井市東郷二ヶ町２７－１５－３
事業所番号	１８７０１０２１３２
介護サービスの種類	通所介護、通所型(相当・A型)
サービスを提供する地域	福井市のうち、上文殊、文殊、六条、東郷、一乗、清明、麻生津、木田、酒生地区及び大野市、鯖江市、坂井市とする。

（2）職員体制

管理者　　１名
生活相談員　　２名以上　※A型サービスでは配置されません。
介護職員　　５名以上　※A型サービスでは１名を配置。
看護職員　　２名以上　※福井市のA型サービスでは配置されません。
機能訓練員　　１名以上
運転手　　３名以上

（3）定員（1日）

月曜日から土曜日　●通所介護及び通所型（相当）サービス　　35名
●通所型(A型)サービス　　10名

（4）設備の概要

食堂兼機能訓練ホール２室　　相談室　　浴室（一般浴・チェアー式リフト浴）
事務所　１室　　厨房　　送迎車　５台

（5）営業時間

●営業日　：年末年始（12月31日 ～ 1月3日）を除く月曜日から土曜日
※年末年始の曜日の関係上、営業日を変更する場合があります。
●サービス提供時間　：
指定通所介護および通所型(相当)サービス
午前９時～午後４時30分（送迎時間を除く）※延長対応時間は午後６時まで
通所型(A型)サービス
月曜日、木曜日　午後２時～午後４時00分（送迎時間を除く）

3. サービス内容

◎ 送迎（出来ない場合もあります）　　◎ 食事　※A型サービスでは提供されません。
◎ 入浴（一般浴・チェアー式リフト浴）
◎ 機能訓練
◎ レクリエーション　　◎ 生活相談など
※通所型(A型)サービスのサービス内容は簡単な体操、レクレーション、交流等で身体介護は含みません。

4. 利用料金（詳細は別紙にて参照）

（1）介護保険給付対象となる費用（介護給付）

① 基本額

厚生労働大臣が定める介護報酬上の告示上の額とし、各種加算を含めた自己負担額は「介護保険負担割合証」に記載の割合に基づく額の支払いとなります。

② 各種加算

※ 別紙の料金表をご参照ください。

（2）サービス利用料金　通所型（相当・A型）

① 基本額

各市町村が定める第一号事業に要する費用の額とし、各種加算を含めた自己負担額は「介護保険負担割合証」に記載の割合に基づく額の支払いとなります。

② 各種加算

※ 別紙の料金表をご参照ください。

※1．契約者の状態の変化等により、サービス提供が、通所介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合は、担当包括支援センターと調整の上、サービス計画の変更または、要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

2．通所介護サービス等において、大野市及び鯖江市の場合、月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始した場合や月の途中で終了した場合であっても、原則として日割り計算は行いません。福井市の場合は利用上限までは利用回数×単価とします。

3．通所介護サービス等において、大野市及び鯖江市の場合、契約者の体調不良や状態の改善等により通所介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、または、通所介護計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引、増額は致しません。福井市の場合は利用上限までは利用回数×単価とします。

（4）介護保険　給付対象とならない費用　（全額自己負担となります。）

①	昼食代	1食　650円
②	尿取りパッド	1枚　20円
③	教養・娯楽費	実費

（5）支払い方法

毎月、１５日迄に前月分の請求を致します。口座引き落としの場合は、２０日に引落し、現金支払いの場合は、月末までにお支払いください。お支払い頂きますと、領収証を発行します。

5. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、居宅サービス計画の作成を依頼している事業所にご相談ください。その事業所で計画がなされた上で当事業所と契約を結び、サービスの提供を開始します。

（2）サービスの終了

① 利用者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週間前までに申し出ください。

② 当センターの都合でサービスを終了する場合

人員不足等で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致します。

③ 自動終了

以下の場合は、ご連絡あり次第サービスを終了致します。

a 利用者が介護保険施設に入所された場合

b 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定され、且つ事業対象者の基準に該当しなくなった場合

c 利用者が死亡もしくは被保険者資格を喪失した場合

④ その他

a　当センター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、利用者ご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合など、利用者は文書で解約を通知することによってサービスを終了することができます。

b　利用者が、サービス利用料金の支払いを１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１０日以内に支払われない場合、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された場合、利用者やご家族などが当センターや当センター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われた場合は、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. 当センターの運営方針

① 利用者の要支援又は要介護状態の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活が出来るよう、入浴、排泄、食事の介護など日常生活上必要なお世話及び機能訓練を行います。

② 明るく家庭的な雰囲気の中で利用者の人格を尊重し､常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めます。

③ 関係市町村及び地域の保険・医療・福祉サービスを提供するほかの事業者とも密接な連携を図り、総合的なサービスに努めます。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に利用者の様態の変化等があった場合は、主治医・ご家族・居宅介護支援事業所等へ連絡いたします。

主　治　医	主治医氏名	
	連　絡　先	
ご　家　族	氏　　名	
	連　絡　先	
担当居宅介護支援事業者等	事業者名	
	担　当　者	
	連　絡　先	

8. 事故発生時の対応

事業所内において、サービスを提供している際に、利用者に事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族又は緊急連絡先、福井市、大野市又は関係機関へ連絡するとともに、必要に応じて主治医に連絡する等必要に応じた措置を講じます。

9. 非常時災害対策

・防災時の対応　　事業所で火災及び地震等の災害が発生した場合は、利用者の避難誘導を行い、火災の場合は初期消火に努めます。

・防災訓練　　防災計画を立てるとともに、協力機関との連携のもとに定期的に避難訓練、その他必要な訓練を行います。

10. サービス内容に関する苦情の対応

1　サービス内容についての苦情の窓口は次のとおりです。

当事業所苦情受付担当者　　安井　隆博　　0776-41-7766
福井市介護保険課　　0776-20-5715
福井県国民健康保険団体連合会　介護保険係　　0776-57-1614
福井県社会福祉協議会　ハート支援室　　0776-24-2347
大野市健康長寿課　　0779-65-7333
鯖江市長寿福祉課　　0778-53-2218
坂井地区広域連合 介護保険課　　0776-91-3309

2　苦情処理の体制、手順は次のとおりです。
担当職員が利用者及び家族からサービス内容に関する疑問、不安、苦情の申し出を受けた場合、速やかに苦情受付担当者に報告する。→苦情受付担当者は、その内容、事実関係を精査し、苦情解決責任者に報告し苦情の解決を行う。苦情の解決にあたっては、利用者及び家族が希望される場合、第三者委員を交えて苦情の解決にあたる。→苦情受付担当者は担当部署に対して改善策などの対策を指示するとともに、解決、改善までの経過と結果を記録し、利用者及び家族、場合によっては第三者委員に報告する。

11. 事　業　者

法　人　名	社会福祉法人　文珠福祉会
代表者名	理事長　諏訪英樹
電話番号	０７７６－４１－７５００
設立年月日	昭和５９年７月３日
定款に定めた事業	1. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 2. 短期入所生活介護事業所（ショートステイ） 3. 通所介護事業所（デイサービス） 4. 居宅介護支援事業所 5. 訪問介護事業所（ヘルプサービス） 6. サービス付き高齢者向け住宅

通所介護サービス等の提供開始にあたり、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致しました。

年　　月　　日

事　業　者

所　在　地　　福井市東郷二ヶ町27－15－3

名　　称　　デイサービスセンター　東　郷　　印

説　明　者　　安井　隆博　　印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護サービス等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〉　　印

家　族　等

〈住　　所〉

〈氏　　名〉　　印

（　続　柄：　　）