

デイサービスセンター愛の園

通所介護重要事項説明書

令和1年10月1日現在

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口、苦情窓口

※ご不明な点は何でもお尋ね下さい。

デイサービスセンター愛の園 担当者 小椋さゆり（生活相談員） 崎山賢士（センター長）	0739-47-0105 (24時間受け付けております)
--	---------------------------------

事業所以外に、下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

1. 上富田町 住民生活課 介護保険係 担当窓口 電話 0739-47-0550 〒649-2192 西牟婁郡上富田町朝来 763
2. 和歌山県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 電話 073-427-4662 〒640-8137 和歌山市吹上 2-1-22 日赤会館内
3. 和歌山県福祉サービス運営適正化委員会 介護保険課 担当窓口 電話 073-435-5527 〒640-8545 和歌山市手平 2-1-2 県民交流プラザ和歌山ビッグ愛 7階

2. デイサービスセンター愛の園 の概要

① 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	社会福祉法人 神愛会 デイサービスセンター愛の園
所在地	和歌山県西牟婁郡上富田町生馬316-56
介護保険指定番号	3072400496
主たるサービスを提供する地域	上富田町 田辺市 白浜町
その他の地域	地域によっては、別途送迎料金をいただく場合もあります

② 同事業所の職員体制（兼任を含む保有資格の重複有り）

管理者	1	保有資格	准看護師	2
生活相談員	2		介護福祉士	8
看護職員	2		介護支援専門員	2
介護職員	6			
機能訓練指導員	2			

③ 営業時間

月～土（祝日含む）	午前9時30分～午後5時00分
日曜日	定休日

但し、12月31日から1月3日、及び施設の改修、点検等は定休日とさせていただきます。

3. 事業の目的

利用者が地域・家庭において心身ともに豊かで自立した社会生活を営む事ができるよう、関係の諸機関、団体等と連携・協働して各種のサービスを提供するとともに、地域にある福祉サービス機関として、地域高齢者福祉の向上に貢献する事を目的とする。

4. 運営方針

利用者が可能なかぎり、その居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営む事ができるよう、さらに利用者の社会的孤独感の解消、心身機能の維持、ならびに家族の身体的・精神的負担の軽減を図る為に、必要な日常生活上の援助および機能訓練等の介護その他必要な援助を、利用者の選択に基づき行う。

5. 事故発生時の対応

- ① 利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- ② 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
- ③ 利用者に対する指定居宅支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、賠償保障を速やかに行ないます。

6. 個人情報の保護

- ① 当事業所の介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- ② 当事業所は、介護支援専門員その他の従業者であったものが、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- ③ 当事業所は、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は家族の同意を、あらかじめ文書により得ます。

7. 利用料

利用料			
通常規模型通所介護費（7時間以上8時間未満の場合）			
要介護1	648単位	要介護2	765単位
要介護3	887単位	要介護4	1008単位
要介護5	1130単位		
加算			
○入浴介助加算	50単位	○サービス提供体制強化加算（I）	18単位／1回
○介護職員処遇改善加算	× 5.9%		
その他 項目			
◆送迎を行わない場合 -47単位/片道			
昼食代、	■ 500円（おやつ代含む）1食分		
その他、	■ 利用者の個人的な希望、選択による経費は、実費負担となります。 （例、趣味活動に関わる個人の教材費、傷等の交換用ガーゼ等）		

- ① 当該サービスが介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割をお支払いいただきます。一定以上所得者は、利用者負担割合が2割または3割となります。お手元の介護保険負担割合証をご確認ください。
- ② 但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い（居宅介護新事業所が作成するケアプランなしで事業者と直接契約する場合、一旦利用料の全額を支払い、その後市町村から9割分の払い戻しを受ける方法）をご希望の場合は、お申し出下さい。
- ③ 提供を受ける通所介護サービスが介護保険の適用を受けない部分（利用限度額を超過する場合等）については、担当職員にまでご相談下さい。

当事業者はあなたに対し、当月のサービスの提供回数、利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して翌月にお渡しします。

- ④ 毎月の利用料は、翌月 10 日に請求書を発行、翌 27 日に指定の口座より引き落としさせていただきます。(当日、当該銀行が営業日でない場合は翌日の引き落としとなります。)

8. キャンセル料

通所介護サービスをキャンセルした場合には、原則として以下の通りキャンセル料をいただきます。

但し、やむを得ない事情がある場合はこの限りではありません。

前日までのキャンセル	無料
当日のキャンセル	当日の利用料自己負担分、及び昼食代

9. その他

○送迎車

添乗者による介助を (希望する・希望しない)

リフト車等による送迎を (希望する・希望しない)

送迎時間の指定 (迎 送 特に指定無し)

○緊急時の家族への連絡方法

家族連絡先 連絡者氏名 _____ 続柄 (_____)

住所 _____

電話 _____

○緊急時主治医への連絡方法

主治医連絡先 医師名 _____

病院名 _____ 電話 _____

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始にあたり、(□甲1 □甲2)に対して、居宅サービス計画書、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項・利用料金・送迎体制を説明しました。

乙 デイサービスセンター愛の園

説明者 氏名 _____ 印

(甲) 私は、居宅サービス計画書、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項・利用料金・送迎体制の説明を受けました。

年 月 日

甲1 利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

甲2 利用者家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印