

社会福祉法人揖斐川町社会福祉協議会
指定通所介護及び指定介護予防通所介護事業重要事項説明書
(揖斐川町社協谷汲デイサービスセンター)

平成 年 月 日

1. 事業の目的及び運営方針

介護保険法令の趣旨に従って、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よう通所サービス {事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）生活等に関する相談・助言・健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行い、介護予防通所介護にあつては、生活行為の向上} を提供する。

2. 揖斐川町社協谷汲デイサービスセンターの概要

(1) 事業者

事業者名	社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会
所在地	岐阜県揖斐郡揖斐川町谷汲名礼265番地43
電話番号	0585-56-3700
代表者名	会長 宗宮孝生
設立年月日	平成17年4月1日

(2) 事業所の概要

介護保険指定番号	2172600807
種類	指定通所介護、指定介護予防通所介護
名称	揖斐川町社協谷汲デイサービスセンター
所在地	揖斐郡揖斐川町谷汲名礼289番地1
電話番号	0585-56-3630
事業所長（管理者）	林孝子
開設年月日	平成17年4月1日
実施地域	揖斐川町内
営業日	月曜日～土曜日、国民の祝日 (1月1日～1月3日、12月29日～12月31日を除く)
営業時間	午前8:30～午後5:15
サービス提供時間	午前9:00～午後4:00

(3) 事業所の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	合計	介護予防と兼務
管理者兼生活相談員	1	0	管理業務 利用の調整、相談、指導業務	1	兼務
看護職員	1	3	看護業務	4	兼務
介護職員	4	2	介護業務	6	兼務
機能訓練指導員	1	3	機能訓練指導業務	4	兼務

3. 利用者負担金

(1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、次のとおりです。(一定以上の所得がある方は、介護保険負担割合証により介護報酬額の2割をご負担いただくことになります。)

	介護報酬額 (円)	利用者負担額 (円)
※予防給付対象分		
要支援1	16,470/月	1,647/月
要支援2	33,770/月	3,377/月
給付加算 (上限を含む)		
サービス提供体制強化加算	要支援1) 720/月 要支援2) 1,440/月	要支援1) 72/月 要支援2) 144/月
※介護給付対象分		
要介護1	6,560/回	656/回
要介護2	7,750/回	775/回
要介護3	8,980/回	898/回
要介護4	10,210/回	1,021/回
要介護5	11,440/回	1,144/回
給付加算分		
入浴介助加算	500/回	50/回
口腔機能向上加算	1,500/回	150/回
サービス提供体制強化加算	180/回	18/回
その他負担金 (実費分)		
食費		650/1食

※ 口腔機能向上加算は、月2回を限度とする。

※ 送迎がない場合 片道47円自己負担を減額とする。

※ この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。サービス提供の所要時間は7時間以上9時間未満です。

(2) 介護保険外のサービスとなる場合 (サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を越える場合を含む。)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に担当介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)

(3) 利用者負担金は、1ヶ月ごとに指定の金融機関の口座から引き落としさせていただきます。

(4) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域以外の地域の方は、交通費として下記の料金を頂きます。

通常の事業実施地域を越えた地点から片道おおむね10km未満	500円
通常の事業実施地域を越えた地点から片道おおむね10km以上	1,000円

(5) 契約第4条第3項により通所介護記録書の複写物の交付を受けた場合には、その料金として一部につき10円を頂きます。

4. キャンセル料

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、速やかに当デイサービスセンターまたは担当介護支援専門員までご連絡ください。

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合は、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなります。

(ただし、利用者の容態の急変など、緊急でやむを得ない事情があると管理者が判断した場合は、キャンセル料は不要です。)

時 期	キャンセル料
サービス利用日の前日まで	無 料
サービス利用日の当日	利用者実費分(食費)の100%

※前日が休業日の場合は、その前日の午後5時15分までにご連絡下さい。

5. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所利用者の相談・苦情担当・苦情解決責任者

当事業所の通所サービス事業に関するご相談・苦情を賜ります。

担 当 :	林 孝子
電 話 :	(0585) 56-3630 FAX:(0585) 56-3131
苦情解決責任者 :	廣瀬 喜彦
電 話 :	(0585) 56-3700 FAX:(0585) 56-0078

(2) その他

揖斐川町役場 住民福祉部福祉課	所 在 地	岐阜県揖斐郡揖斐川町三輪133
	電話番号 (FAX)	0585-22-2111 (0585-22-4496)
	受 付 時 間	午前8:30~午後5:15
揖斐川町 谷汲振興事務所 地域振興課	所 在 地	岐阜県揖斐郡揖斐川町谷汲名礼265番地43
	電話番号 (FAX)	0585-55-2111 (0585-55-2714)
	受 付 時 間	午前8:30~午後5:15
揖斐広域連合	所 在 地	岐阜県揖斐郡揖斐川町上南方1-1 揖斐総合庁舎内
	電話番号 (FAX)	0585-23-0188 (0585-21-0126)
	受 付 時 間	午前8:30~午後5:15
岐阜県国民健康保険 団体連合会 介護保険課 苦情対応係	所 在 地	岐阜市下奈良2丁目2番地1号 岐阜県福祉農業会館内
	電話番号 (FAX)	0585-275-9826 (058-275-7635)
	受 付 時 間	午前9:00~午後5:00
岐阜県社会福祉協議会内 岐阜県運営適正化委員会	所 在 地	岐阜市下奈良2丁目2番1号
	電話番号 (FAX)	058-278-5136 (058-278-5137)
	受 付 時 間	午前8:30~午後5:15

6. 緊急時の対応方法

利用者に容体の変化等があった場合は、主治医ならびに、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

主 治 医	主 治 医 氏 名	
	連 絡 先	
御 家 族 等	氏 名	
	連 絡 先	

7. その他

(1) サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 送迎時間は、道路状況等により予定時間の前後20分程の幅があります。
- ・ 健康チェックにより発熱等の体調不良が確認された場合は、サービスの中止あるいは内容の変更を行う場合があります。

(2) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮ください。

通所介護及び介護予防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ついて、重要な事項を説明しました。

【事業者】

所在地 岐阜県揖斐郡揖斐川町谷汲名礼265番地43

名称 社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会

説明者 所属：揖斐川町社協谷汲デイサービスセンター

氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護及び介護予防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 岐阜県揖斐郡揖斐川町 _____

氏名 _____ 印

【代理人】 利用者との続柄 (_____)

住所 _____

氏名 _____ 印

同 意 書

社会福祉法人揖斐川町社会福祉協議会
会長 宗宮孝生 様

私及び私の家族は、社会福祉法人揖斐川町社会福祉協議会指定通所介護及び指定介護予防通所介護事業契約書第8条第2項の規定により、下記事項について、私及び私の家族の個人情報が必要最小限の範囲において用いることに同意します。

<提供する個人情報>

- ①アセスメント票 ②通所介護計画（介護予防通所介護計画） ③介護保険請求のための事務
④社会福祉協議会の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等） ⑤他の医療機関
介護機関との連携 ⑥行政機関等、法令に基づく照会・確認 ⑦賠償責任保険等に係わる専門機関、
保険会社への届出、相談 ⑧その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力、職員研修等）

【利用者】 住所 岐阜県揖斐郡揖斐川町 _____

氏名 _____ 印

【代理人】 (利用者との続柄 _____)

住所 _____

氏名 _____ 印

【家族代表】 住所 _____

氏名 _____ 印