社会福祉法人揖斐川町社会福祉協議会

指定地域密着型通所介護及び日常生活支援総合事業通所型サービス事業

重要事項説明書

（揖斐川町春日デイサービスセンター）

令和　　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、通所型サービスにあっては、生活行為の向上｝を提供する。

２．揖斐川町春日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　　廣瀬　喜彦
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	２１７２６００７９９
種　類	指定地域密着型通所介護、日常生活支援総合事業通所型サービス
名　称	揖斐川町春日デイサービスセンター
所　在　地	揖斐郡揖斐川町春日六合３４２０番地
電　話　番　号	０５８５－５８－０００８
事業所長（管理者）	服部　卓哉
開　設　年　月　日	平成１７年４月１日

実　施　地　域	揖斐川町全域
営　業　日	月曜日～金曜日（ただし国民の祝日及び、
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

職　種	配　置	業　務　内　容	通所型サービスと兼務
管　理　者	１名	管理業務	兼務
生活相談員	１名以上	利用者の調整、相談業務	兼務
看　護　職　員	１名以上	看護業務	兼務
介　護　職　員	２名以上	介護業務	兼務
機能訓練指導員	１名以上	機能訓練指導業務	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１割か２割または３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）
※総合事業対象分		
要支援１	１７，９８０／月	１，７９８／月
要支援２	３６，２１０／月	３，６２１／月
給付加算（上限に含む）		
サービス提供体制	要支援１）　８８０／月	要支援１）　８８／月
強化加算	要支援２）　１，７６０／月	要支援２）　１７６／月
※介護給付対象分		
要介護１	７，５３０／回	７５３／回

要介護２	８，９００／回	８９０／回
要介護３	１０，３２０／回	１，０３２／回
要介護４	１１，７２０／回	１，１７２／回
要介護５	１３，１２０／回	１，３１２／回
給付加算分		
入浴介助加算	４００／回	４０／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	２２０／回	２２／回
その他負担金（実費分）		
食費　（おやつ代含む）		７００／１食
紙おむつ		１００
尿パッド		５０

※　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８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（２）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になります。

（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　：　服部　卓哉

電　話　：　（０５８５）５８－０００８　　ＦＡＸ：　（０５８５）５８－００３７

（２）その他

揖斐川町役場 住民福祉部	所　在　地	岐阜県揖斐郡揖斐川町三輪１３３
	電　話　番　号	0585-22-2111（0585-22-4496）
	受　付　時　間	午前８：３０～午後５：１５
揖斐川町 春日振興事務所	所　在　地	岐阜県揖斐郡揖斐川町春日六合３０８０番地
	電　話　番　号	0585-57-2111　（0585-58-3420）
	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
	電　話　番　号	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	所在地	岐阜市下奈良２丁目２番地１号
	電話番号	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	058-278-5136（058-278-5137）
	受付時間	午前９：００～午後５：００

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　第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1　あり	実施日	
		評価機関の名称	
		結果の開示	1　あり　　2　なし
	2　なし		

8．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。

地域密着型通所介護及び日常生活支援総合事業通所型サービス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】

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：揖斐川町春日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、事業者から地域密着型通所介護及び日常生活支援総合事業通所型サービス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　　廣 瀬 喜 彦 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地域密着型通所介護及び通所型サービス事業契約書第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を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地域密着型通所介護計画（日常生活支援総合事業通所型サービス計画）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

（　R8.10.1 改正　）