

通 所 介 護 サ ー ビ ス
介護予防通所介護相当サービス

重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	南部町デイサービスセンター指定通所介護事業所		
所在地	〒409-2211 山梨県南巨摩郡南部町中野2847番地		
提供可能サービス	通所介護 介護予防通所介護	事業所指定番号	1970700074号
管理者	芹澤 渡	連絡先	0556-64-2024 (直通) 64-2385

2 事業所の職員体制

職 種		人員数	備 考
管 理 者		1名	特養兼務
事 務 員		1名	特養兼務
栄養士		1名	特養兼務
調理員		5名	特養兼務
従 事 者	生活相談員	1名	
	看護職員	1名	
	機能訓練指導員	1名	看護職兼務
	介護職員	4名	

3 営業時間および事業実施地域

① 営業時間および休日

平日・祝日	8:30～17:15
土・日	休み
年末年始（12月29日～1月3日）	休み
サービス提供時間	9:10～16:10

② 通常の事業の実施地域

南部町全域

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

（1）介護保険の給付の対象となるサービス

事業者は、介護保険給付対象サービスとして、事業所において、利用者に対して、日常生活上の援助および機能訓練を提供するものとします。

〈サービスの概要〉

① 利用定員

- 当事業所の1日の利用定員は25人とします。

② 送迎サービス

- ご利用者の身体状態や地理的条件等を考慮した送迎サービスを行います。
（ご希望による通常の利用時間を超えた利用の送迎は原則的にいたしません）

③ 健康状態の確認

- 体温・血圧・脈拍測定等のバイタルチェックを行います。

④ 日常生活上の援助

- 日常生活動作能力に応じて、必要な援助を行います。
排泄・移動・養護・その他必要な身体の介護

⑤ 入浴

- 入浴または清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴する事ができます。

⑥ 機能訓練指導

- 看護師により、13:30～15:30まで、ご利用者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復、またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑦ 食事

- 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご利用者の身体
の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただく事を原則
としています。

（食事休憩時間）

12:00～13:30

⑧ 相談・助言等に関すること

- 介護等に関する相談および助言を行います。

〈サービス利用料金（1回あたり）〉

別紙の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付費額を除いた金額（自己負担金）をお支払いください。

- ※ ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した『サービス提供証明書』を交付します。
- ※ ご利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）
- ※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食費（食材料費および食事提供費）

ご利用者に提供する食材料および食事提供費に係る費用です。

料金：1回につき 620円（おやつ含む）

② 通常の実施区域外への送迎

通常の実施区域（南部町内）以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと町境との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

料金：片道1kmあたり37円

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただく事が適当であるものに係る費用を負担していただきます。

料金（1枚あたり）：尿取りパット 25円・はくパンツM 110円・

L～LL 123円・紙オムツM 114円・L 131円

④ レクリエーション活動

ご利用者の希望によりレクリエーション活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

⑤ 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をいただきます。 料金：1枚につき20円

また、写真を希望する場合には実費をいただきます。 料金：1枚につき80円

(3) 利用者の負担金および支払い方法

- 利用料は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、介護保険の適用を受ける部分については各利用者の負担割合に応じてお支払いいただきます。保険適用外については利用料全額をお支払いいただきます。（(2)の①～⑤）
- ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合には、一旦利用料の全額をいただきサービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書は後日南部町の窓口へ提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。
- 事業者は、利用者に1日の利用料金を記入した請求書を配布するものとします。また、事業者は毎月10日までにサービスの提供日、前月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し領収書に添付して送付するものとします。
- 利用料は、現金または銀行口座引落としにより指定期日までに支払うものとします。

(4) 利用者の中止・変更・追加

- 利用予定日の前に、ご利用の都合により、通所介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取り消し料をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

5 相談・苦情担当

① 苦情解決責任者

管 理 者 芹 澤 渡

② 相談・苦情受付担当者

	TEL	0 5 5 6 - 6 4 - 2 0 2 4	(代表)
生活相談員	深 沢 栄 子	TEL	0 5 5 6 - 6 4 - 2 2 1 4 (FAX)
	TEL	0 5 5 6 - 6 4 - 2 3 8 5	(直通)

その他

- 当事業所以外にも苦情を申し立てることができます。

	TEL	0 5 5 6 - 6 4 - 2 9 2 9	(在宅介護支援センター)
南 部 町 介 護 保 険 相 談 窓 口	FAX	0 5 5 6 - 6 4 - 2 9 3 0	(在宅介護支援センター)
	TEL	0 5 5 6 - 6 6 - 3 4 0 6	(活性化センター)
	FAX	0 5 5 6 - 6 6 - 3 3 1 7	(活性化センター)
山 梨 県 国 民 健 康 保 険	TEL	0 5 5 - 2 3 3 - 9 2 0 1	
団 体 連 合 会	FAX	0 5 5 - 2 2 3 - 1 2 0 4	
	望月 本映	南部町南部8122	TEL 6 4 - 2 0 1 3
第 三 者 委 員	佐野 勝行	南部町大和2110	TEL 6 4 - 2 5 5 6
	佐野 薫	南部町井出825-1	TEL 6 4 - 2 7 0 5

6 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

アンケート調査、意見箱等の意見等を把握する取組み	あり
第三者による評価の実施状況	なし
当該結果の開示状況	あり

7 緊急時および事故発生時の対応方法

緊急時の受診対応は、基本的にご家族の受診対応をお願いします。なお、事故発生時の受診対応は、当事業所で行います。

① 協力医療機関	南部診療所	TEL	0 5 5 6 - 6 4 - 3 1 1 7
	身延山病院	TEL	0 5 5 6 - 6 2 - 1 0 6 1
② 緊急等連絡先	自 宅	TEL	
	その他 ①	TEL	()
	その他 ②	TEL	()
	その他 ③	TEL	()

〔説明確認欄〕（契約をする場合、以下の確認が必要です。）

令和 年 月 日

サービスの契約の締結にあたり、本書面により重要事項の説明をしました。

住 所 山梨県南巨摩郡南部町中野 2 8 4 7 番地
事 業 者 名 称 南部町デイサービスセンター指定通所介護事業所
説明者 生活相談員 深 沢 栄 子 ㊞

サービスの契約の締結にあたり、本書面により重要事項の説明を受けるとともに、本書面以外についても説明を受け、了承しました。

利 用 者 住 所 _____
氏 名 _____ ㊞
代 理 人 住 所 _____
氏 名 _____ ㊞