

【 重 要 事 項 説 明 書 】

1. 当協議会が提供するデイサービスについての相談窓口

担当 管理者 松戸 英雄 連絡先 Tel04—7093—0055

2. やいろデイサービスの概要

(1) 提供できるサービスの種類とサービス実施地域

事業者名	社会福祉法人 鴨川市社会福祉協議会
名称	やいろデイサービス
所在地	千葉県鴨川市八色924-4
介護保険指定事業者番号	千葉県 通所介護 1272800259号
通常のサービス提供地域	鴨川市

(2) 職員体制(令和6年6月1日現在)

	生活相談員		看護職員		機能訓練指導員		介護職員		調理員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤	1	1					2			
非常勤				2		2	5		2	

(3) 設備概要

定員	25名	事務室	1室 13.25m ²
浴室	一般浴槽・中間浴槽	静養室	1室 9.94m ²
食堂兼 機能訓練室	1室 86.12m ²	送迎車	ワゴン車 3台 軽自動車 2台

(4) 営業日

月曜日～土曜日(祝日も営業いたします)

午前9時30分～午後3時30分

日曜日・12月29日～1月3日はお休みです

3. サービス内容

- ① 生活相談 … 日常生活・介護保険制度等について相談援助を行います。
- ② 送 迎 … ご自宅までお迎え・お送りします。
- ③ 健康チェック… 看護師により血圧・脈拍・体温等の健康チェックをします。
- ④ 機能訓練 … 機能訓練指導員により身体の機能維持・向上のため、リハビリ体操・レクレーションなどの活動を行います。
- ⑤ 入 浴 … 身体が不自由な方でも安心して入浴できる設備があります。
- ⑥ 給 食 … 栄養士が献立した食事を召し上がっていただきます。
- ⑦ 介護サービス… 食事・排泄・移動等必要な介護を行います。

4. 利用料金

①介護保険適用により負担となる料金(施設区分通常規模型通所介護 6時間以上7時間未満)

通所介護料金		1日の利用料金	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)
	要介護1	5,840円	584円	1,168円
	要介護2	6,890円	689円	1,378円
	要介護3	7,960円	796円	1,592円
	要介護4	9,010円	901円	1,802円
	要介護5	10,080円	1,008円	2,016円
	入浴介助加算	400円	40円	80円
	介護職員処遇改善加算Ⅱ	所得単位数9.0%		

※要支援と認定されている方は、有効期限内は「経過的要介護」となります。

②介護保険適用外で全額自己負担となる料金

- (1)昼食代 1食 650円
- (2)おむつ代 おむつ 1枚 100円
尿取りパット 1枚 50円

③その他行事等で費用がかかることがあります。

④キャンセル料(お客様の都合でサービスを中止する場合)

- (1)ご利用日の当日午前8時30分までに連絡があった場合 無 料
- (2)ご利用日の当日午前8時30分までに連絡がなかった場合 650円

⑤お支払い方法

毎月10日までに前月分の料金の請求をいたしますので、月末までにお支払い下さい。お支払い方法は、現金支払い・銀行振込の方法です。

※介護保険適用の場合でも、介護保険料の滞納等により法定代理受領できなくなる場合があります。その場合は、一旦1日当たりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日鴨川市健康管理課介護保険係に提出しますと、差額の支払いを受けることができます。

5. 健康上の理由による中止

- ① 風邪・病気・体調不良等の場合はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合はサービス内容の変更又は中止をすることがあります。その場合には、ご家族に連絡の上適切に対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合はサービスを中止することがあります。その場合は、ご家族に連絡の上適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等必要な処置を講じます。

※サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振替えることができます。

ただし、定員数分の予約が入っている日には振替は出来ませんので、ご了承下さい。

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは居宅支援事業者の介護支援専門員(ケアマネジャー)に相談して下さい。

ケアマネジャーが居宅サービス計画書(ケアプラン)を作成



やいろデイサービスに業務依頼・通所介護計画の作成



サービスに関する説明・同意・契約をした後にサービス提供を開始します。

(2) サービスの終了

①お客様の都合でサービスを終了する場合

サービスを終了する希望日の1週間前まで文書でお申し出下さい。

②当協議会の都合でサービスを終了する場合

人員不足等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あります。その場合は終了前1ヶ月前までに文書で通知します。

③自動終了 以下の場合は双方の通知がなくてもサービスを自動的に終了します。

・お客様が介護保険施設に入所された場合

・お客様の要介護認定区分が、非該当(自立)又は要支援と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約する事ができます。

・お客様がお亡くなりになった場合

④その他

・当協議会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、お客様やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、又は当協議会が事業を廃止する事情等が発生した時は、お客様に文書で通知する事によって即座にサービスを終了させる事ができます。

・お客様がサービスの利用料金の支払いを3ヶ月以上遅滞し、料金を支払うように催告したにもかかわらず、30日以内に支払われない場合、又はお客様やご家族などが当協議会のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合があります。

7. 鴨川市社会福祉協議会やいろデイサービスの特徴等

(1) 運営の方針

通所介護サービスを提供するにあたっては、お客様本位への姿勢を基本として、介護保険法の趣旨である、在宅での自立支援の援助を目的としています。また、利用者及びご家族の方々が満足していただけるよう、常にサービスの向上には努めてゆきます。

(2) サービス利用のための注意事項

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	○	
時間延長の可否	×	時間延長はできません
職員への研修の実施	○	各種研修会への参加、施設内職員研修等
サービスマニュアルの作成	○	

8. 相談・要望・苦情の窓口

①当協議会お客様相談・担当部署 鴨川市社会福祉協議会やいろデイサービス
TEL04-7093-0055 担当部署 やいろデイサービス 担当者 松戸 英雄
(受付時間 月～土 午前8時30分～午後5時30分まで)

②当協議会苦情解決責任者 鴨川市社会福祉協議会事務局
TEL04-7093-0606 担当部署 鴨川市社会福祉協議会事務局 責任者 羽田 幸弘
(受付時間 月～金 午前8時30分～午後5時30分まで ※土・日・祝を除く)

本事業所では地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所に対するご意見などもいただいています。本事業所への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

第三者委員氏名・連絡先

小林 裕明 鴨川市横渚1524-6 TEL04-7098-3525
板谷 かつ子 鴨川市花房45-1 TEL04-7093-5292

③当協議会以外に、市町村の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。

市町村 鴨川市

担 当 鴨川市総合保健福祉会館(ふれあいセンター)

健康管理課 介護保険係 TEL04-7093-7111

千葉県国民健康保険団体連合会

介護保険課 苦情処理係 TEL043-254-7428

9. 鴨川市社会福祉協議会の概要

名 称 社会福祉法人 鴨川市社会福祉協議会
代表者役職 会 長 榎 本 豊
所 在 地 千葉県鴨川市八色887-1 TEL04-7093-0606

定款の目的に定めた事業

- | | |
|---------------|---------------|
| 1、デイサービス事業 | 5、福祉移送サービス事業 |
| 2、ホームヘルプ事業 | 6、法人後見事業 |
| 3、障害作業所の管理、運営 | 7、配食サービス事業の受託 |
| 4、障害福祉サービス事業 | 8、放課後児童健全育成事業 |

介護保険事業者数	居宅介護支援	1ヶ所
	訪問介護	1ヶ所
	通所介護	1ヶ所
	特定相談支援	1ヶ所
	就労継続支援B型	1ヶ所

.....契約をする場合は以下の確認をすること.....

令和 年 月 日

通所介護事業の提供開始に当たり、利用者に対して契約書、契約書別紙及び本書面に基づいて重要事項の説明をしました。

事業者名 社会福祉法人 鴨川市社会福祉協議会
名 称 やいろデイサービス
(千葉県 1272800259号)
所 在 地 千葉県鴨川市八色924-4
説 明 者 所 属 やいろデイサービス
氏 名 松戸 英雄 印

私は、契約書、契約書別紙及び本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。また、私(利用者及びその家族)の個人情報を契約書別紙「個人情報使用について」に、記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

利用者 氏 名 _____ 印
代理人 氏 名 _____ 印