

【別紙 1】

○ 担当者

生活相談員

電 話 04-2951-5811 (デイ直通 04-2951-5855)

○ 介護予防通所介護の内容

利 用 日 毎週 月曜日～金曜日

年末年始 12月29日～1月3日までを除く

利用時間 午前8時30分～午後5時00分

利用場所 所在地 埼玉県所沢市大字坂之下字丙明改原 1153 番 1

施設名 老人デイサービス事業 千寿里

利用可能設備等 食堂兼機能訓練室 121.72 m²

相談室

浴室 (普通浴槽、特殊浴槽)

送迎車 8 台

サービス内容 通所型サービス (予防通所相当) 計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護等を行います。

具体的な内容は、別添資料をご覧ください。

○ 料金

① 通所型サービス (予防通所相当) 費、(1割負担の場合)

※料金の地域区分 10.27・介護職員等処遇改善加算 II 9.0%分を含む

通所型サービス (予防通所相当)	週 1 回利用	事業対象者・要支援 1	4 8 9 円 (月 5 週ある場合など月 5 回を超える場合、月額 2, 0 1 6 円とする。)
	週 2 回利用	事業対象者・要支援 2	5 0 1 円 (月 5 週ある場合など月 9 回を超える場合、月額 4, 0 6 1 円とする。)

② 加算

- ・若年性認知症受入加算 (対象者) 1 月につき別途 2 6 7 円

③ その他の料金

- ・食費 7 3 0 円 全額自己負担 (おやつ代含む)
- ・レクリエーションに係る費用等は自己負担となります。
- ・介護保険適用の場合でも、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があります。その場合は、一旦 1 日あたりの利用料金をいただき、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を後日市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

○ キャンセル規定

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の当日午前 8 時 15 分までにご連絡いただいた場合	無 料
② ご利用日の当日午前 8 時 15 分までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料の 10%

○ 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際は、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、サービス内容の変更または中止を行うことがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。
- ③ 利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

緊急連絡先①	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
緊急連絡先②	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
主治医	
病院または診療所名	
医師名	
住所	
電話番号	

サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り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り替えできませんのでご了承ください。

○ 相談、要望、苦情等の窓口

通所型サービス（予防通所相当）に関する相談、要望、苦情等は、サービス提供責任者か下記窓口にお申し出ください。

☆サービス相談窓口☆

- 1 担当者等；
 - ・苦情解決責任者 新井 和美
 - ・苦情受付担当者 後藤 健
 - ・第三者委員 新井 仁、荒井 佑久也電話番号 04-2951-5811
(受付時間 午前9時00分～午後5時00分)

- 2 市町村 所沢市 介護保険課
電話番号 04-2998-9420

- 3 国民健康保険団体連合会・埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号 048-824-2568

通所型サービス（予防通所相当）重要事項説明書

<令和6年6月1日 現在 >

1 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 04-2951-5811

(月曜日～金曜日 午前9時00分～午後5時00分)

担当 生活相談員

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 千寿里 指定通所介護事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類 通所型サービス（予防通所相当）及び付随サービス

(2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	老人デイサービス事業 千寿里
所在地	埼玉県所沢市坂之下 1153 番 1
介護保険指定番号	通所介護（埼玉県 1172500769号）
サービスを提供する主たる対象地域	所沢市

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(3) 当センターの職員体制

職種	人数	業務内容
管理者	1名	サービス管理全般
生活相談員	1名以上	生活上の相談等
事務職員	1名以上	一般事務・料金請求等
看護職員	1名以上	医療、健康管理業務等
介護職員	6名以上	日常介護業務等

(4) 設備の概要

定員	35名	静養室	1室6床
食堂・機能訓練室	1室 121.72 m ²	相談室	1室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	送迎車	8台

5) サービス時間 (通常)

午前8時30分～午後5時00分

定休日 土曜日・日曜日・年末年始 12月29日～1月3日まで

緊急連絡先 04-2951-5811

3 サービス内容

通所型サービス（予防通所相当）計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護を行います。具体的な内容は別添資料をご覧ください。

4 料金

(1) 契約書別紙 1 をご覧ください。

(2) 支払方法

毎月デイサービスの終了後、請求書を翌月 15 日以内にお渡ししますので、翌月の 28 日までに
お支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、口座引落としの方法で支払います。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当施設職員がお伺いいたします。

通所型サービス（予防通所相当）計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前にその介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出ください。

④ 当施設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ございます。その場合は、終了 30 日前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

・利用者が介護保険施設に入所した場合……入所日の翌日

・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要支援認定区分が、非該当（自立）または、要介護と認定された場合……非該当又は要介護となった日

・利用者がお亡くなりになった場合……死亡日の翌日

④ その他

・当施設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、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

・利用者が、サービス利用料金の支払いを 15 日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15 日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院または病気等により 3 ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ・事業の実施にあたっては、利用者である要介護者等の意志及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- ・事業所の従業者は、利用者が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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るものとする。
- ・事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護事業者及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(2) 福祉サービス第三者評価の実施状況 実施の有無 有 無

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

令和 年 月 日

通所型サービス（予防通所相当）の提供開始にあたり、下記利用者様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 埼玉県所沢市大字坂之下字丙明改原 1153 番 1

名称 老人デイサービス事業 千寿里 印

説明者 氏名

私は、契約書及び本書面により、上記事業者から通所型サービス（予防通所相当）についての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者 住所

氏名

身元保証人兼連帯保証人 住所

氏名

尚、成年後見人制度をご利用されている場合は、下記の後見人等に署名・捺印をお願いします。

後見人等 住所

(成年後見・保佐・補助) 氏名