

基準該当生活介護事業（障害者総合支援法） むれデイサービスセンター 重要事項説明書

1. むれデイサービスセンター の概要

事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 026-253-7527 （受付時間：月曜日～日曜日 午前8時30分～午後5時30分まで）

法人名 社会福祉法人 飯綱町社会福祉協議会

（1）事業所の名称、所在地等

事業所名	むれデイサービスセンター
所在地	長野県上水内郡飯綱町大字牟礼 2243 番地 1
事業所番号	2073400695
通常の事業の実施地域※	飯綱町

（2）同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1 名			1 名
児童発達支援管理責任者	研修修了者				
指導員	介護福祉士	3 名		計画作成者	3 名
機能訓練指導員	理学療法士		1 名	介護員兼務	1 名
職 員	看護師		5 名	機能訓練指導員兼務	5 名
	介護福祉士		9 名	介護員	9 名
	初任者研修・実務者研修修了者		1 名	介護員	1 名
	歯科衛生士		1 名	介護員兼務	1 名
	運転手		2 名	運転手	2 名

（3）同事業者の設備の概要

定員	2 名	静養室	2 室 14 床
機能訓練室	1 室 136.5 m ²	相談室	1 室
浴室	一般浴 2 機械浴 1	送迎車	8 台

（4）営業日、営業時間

営業日	月曜日～日曜日 年末年始（12 月 31 日～1 月 3 日を除く）
営業時間	午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分
サービス提供時間	午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分

2. サービス内容

- ①生活介護計画作成 ②介護サービス（食事・入浴・排泄等身体介護） ③日常生活上の支援
④軽作業等の生産活動 ⑤創作的活動

3. 料金

（1）利用料金

生活介護サービス費（1 日につき）

基準該当生活介護サービス費（Ⅰ） 697 単位（自己負担は負担上限による）

生活介護処遇改善加算Ⅰ 月毎ご利用頂いた②から⑤までの利用料金の 8.1%

食事の提供にかかる費用 1 食あたり ¥700（全額自己負担）

その他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用などは自己負担となります。

（2）家族の事情や利用者の健康状態により、利用途中で利用が中止になった場合も、当該サービス料金はかかりません。また食事の提供にかかる費用については、召し上がらなくてもかかります。

（3）キャンセル料

お客様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ご利用日当日お迎え前までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用日当日お迎え前までにご連絡をいただかなかった場合	200 円

（4）支払方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、25 日以内にお支払い下さい。なお、原則として、ながの農協・郵便局・長野信金の口座自動引き落としとさせていただきますが、現金集金の方法もございますので、ご契約の際にお選び下さい。

4. 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 基本方針

介護保険通所事業所を活用し、利用者が社会との交流を図ることができるよう、個々の身体および精神の状況並びに置かれている環境に応じて、日常生活上の援助を行います。またその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
時間延長	午前 7 時～午前 9 時 午後 5 時～午後 7 時
従業員への研修の実施	年 1 回以上を実施しています。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡
- ・体調確認
- ・体調不良等によるサービスの中止・変更
- ・時間変更
- ・設備、器具の利用

5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体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連絡いたします。

6. 事故発生時の対応

事故発生防止の為の指針や事故防止マニュアルに沿った対応を行います。

7. 非常災害対策

- ・防災時の対応 防災計画に準じ、速やかにおこないます。
- ・防災設備 緊急通報装置、消火器
- ・防災訓練 年 2 度行います
- ・防火管理者 管理者

8. サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所ご利用お客様相談・苦情担当

当事業所のデイサービスに関するご相談・苦情及び各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

電話 026-253-7527 (受付時間：月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分)

担当 管理者

②その他

当事業者以外に市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

飯綱町社会福祉協議会

電話 026-253-8456

飯綱町役場保健福祉課

電話 026-253-4764

令和 年 月 日

本契約に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者氏名 _____ 印

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

保護者又は成年後見人

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____