重要事項説明書

（令和５年１月１日　現在）

１　当デイサービスが提供するサービスについての相談窓口

電話：０４－２９４２－９２７１（8時３０分～１７時３０分）

担当：佐藤利昌（管理者）

深代敦子（生活相談員）

※ご不明な点は、ご遠慮なくお尋ねください。

２　デイサービス　俊英館ライフケア

（１）提供できるサービスの種類

通所介護サービス及び付随サービス

（２）施設の名称及び所在地等

施設名称	デイサービス　俊英館ライフケア
所在地	埼玉県所沢市下富９４６－２
介護保険指定番号	通所介護　1172504985 号
通常の事業の実施地域	所沢市、狭山市、川越市、ふじみ野市。三芳町

（３）職員体制

	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	１名		１名	サービス管理全般
生活相談員	２名		２名	生活上の相談等
看護職（正看護師）		２名	２名	医療・健康管理等
介護職員	２名	５名	７名	日常介護業務等
機能訓練指導員	１名	２名	３名	機能訓練等

※介護職員７名のうち１名は生活相談員と兼務

※機能訓練指導員３名のうち１名は理学療法士、２名は看護師で看護職と兼務

（４）設備の概要

定員	３０名	浴室	個浴２室
食堂・機能訓練室	１室	相談室	１室
静養室	１室	送迎車	６台

（５）サービス提供時間

月曜日～金曜日　９時３０分～１６時３０分

ただし、１２月３０日～１月３日は休業

※緊急連絡先：０４－２９４２－９２７１

３　サービス内容

通所介護計画に沿って、送迎、健康チェック、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。

4　料金

（1）利用料金　　別紙参照

（2）キャンセル料　　別頁参照

（3）支払い方法

毎月１５日までに前月分の請求を致しますので、毎月末日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法はご契約の際に決めさせていただきます。

5　サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

利用契約を結んだ上で、介護支援専門員の居宅サービス計画に基づき、サービスの提供を開始します。

（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７日前までに文書でお申し出下さい。

② 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介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合・・・非該当となった日

・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在にサービスを終了することができます。

・利用者が、サービス利用料の支払いを３ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず、２０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員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ことがあります。

６　事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償致します。
なお、事業者は別紙１の損害賠償保険に加入しています。

７　非常災害対策

（１）事業所に災害対策に関する担当者（防火責任者）をおき、非常災害対策に関する取り組みを行います。
防火責任者：管理者　横川裕之
（２）非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備
（３）定期的に避難、救助その他必要な訓練を行います。

８　施設・職員に対する苦情などの受付先について

（１）　デイサービス　俊英館ライフケア
〒３５９－０００１　所沢市下富９４６－２
受付担当：佐藤利昌（管理者）
深代敦子（生活相談員）
受付時間：月曜日～金曜日　午前８時３０分～午後５時３０分
※土曜・日曜・年末年始を除く
電話番号：**０４－２９４２－９２７１**

（２） 所沢市役所
受付担当：介護保険課
受付時間：月曜日～金曜日　午前８時３０分～午後５時 15 分
※土曜・日曜・祝日及び年末年始を除く
電話番号：０４－２９９８－９４２０

（３） 狭山市役所
受付担当：介護保険課
受付時間：月曜日～金曜日　午前８時３０分～午後５時 15 分
※土曜・日曜・祝日及び年末年始を除く
電話番号：０４－２９５３－１１１１（代表）

（４） 埼玉県国民健康保険団体連合会
受付担当：介護保険課　苦情対応係
受付時間：月曜日～金曜日　午前８時３０分～午後５時
※土曜・日曜・祝日及び年末年始を除く
電話番号：０４８－８２４－２５６８

（５） 川越市役所
受付担当：介護保険課
受付時間：月曜日～金曜日　午前８時 30 分～午後５時 15 分
※土曜・日曜・祝日及び年末年始を除く
電話番号：０４９―２２４―８８１１

（６） ふじみ野市役所
受付担当：高齢福祉課　介護保険係
受付時間：月曜日～金曜日　午前８時 30 分～午後５時 15 分
※土曜・日曜・祝日及び年末年始を除く
電話番号：049－262－9037

（7） 三芳町役場

受付担当：健康増進課　介護保険担当

受付時間：月曜日～金曜日　午前8時30分～午後5時15分

電話番号：(代表）０４９―２５８―００１９　　（内線）１８４～１８７

※土曜・日曜・祝日及び年末年始を除く。

ただし、第一土曜日は午前8時30分から正午まで受付

9　提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無し
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

10　緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化があった場合は、事前の打合せにより、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。

緊急連絡先①

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先②

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医

病院または診療所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

　通所介護の提供開始にあたり、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。

事業所
所在地：埼玉県所沢市下富９４６－２
名称：デイサービス　俊英館ライフケア　　印

説明者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿印

　私は、契約書及び本書面により、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、サービスの提供開始について同意しました。

利用者
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　印

代理人

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　印