

【説明書ー1】

指定居宅サービス事業所
重 要 事 項 説 明 書

1 指定居宅サービス事業所の概要

事業所名	社会福祉法人開成町社会福祉協議会 開成町デイサービスセンター		
所在地	〒258-0021 神奈川県足柄上郡開成町吉田島 1043-1（開成町福祉会館内）		
提供可能サービス ・介護保険事業所番号	○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス	神奈川県 第 1471400125 号	
管理者及び連絡先	サービス種類	氏 名	連絡先
	○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス	高 橋 政 幸	電話 0465 (85) 3521 FAX 0465 (85) 3523
サービス提供地域	○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス	神奈川県足柄上郡開成町	

2 指定居宅サービス事業所の職員体制等

職 種		従事するサービス種類、業務	人 員
管理者		○開成町デイサービスセンター／管理者	1 名（常勤・兼務）
サービス提供の責任者		○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス	1 名（常勤・兼務） 1 名（常勤・兼務） 1 名（常勤・兼務）
サービス提供者	介護職員	○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス ①機能訓練サービス（補助） ②送迎サービス（介助） ③入浴サービス（介護） ④給食サービス（介護） ⑤その他、必要な介助及び介護	5 名（非常勤（兼務）5 名） （通所型サービスと兼務）

職 種		従事するサービス種類、業務	人 員
サービス提供者	看護職員	○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス ①利用者の健康状態を確認 ②疾病の予防等、看護に関する業務	1 名（非常勤（兼務）1 名）
	機能訓練指導員	○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス ／機能訓練サービス指導	1 名（非常勤（兼務）1 名） （通所型サービスと兼務）
	栄養士	○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス ／給食サービス	1 名（非常勤 1 名）
	調理員	○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス ／給食サービス	4 名（非常勤 4 名）
	運転員	○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス ／送迎サービス	生活相談員が兼務 《他 2 名補助員あり》

3 営業時間及びサービス提供時間

(1) 営業時間

サービス種類	月曜日から金曜日	土曜日	休祭日
○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス	午前 8 時 30～午後 5 時 00 分		

(2) サービス提供時間

サービス種類	月曜日から金曜日	土曜日	休祭日
○地域密着型通所介護事業 ○通所型サービス	午前 9 時 15 分～午後 4 時 15 分		

（注）年末年始（12 月 29 日から翌年 1 月 4 日）は「休業」の扱いとなります。

4 サービス利用料金及び利用者負担【介護保険の法定利用料の範囲内で当センターが設定した金額です。】

1) 地域密着型通所介護

介護保険負担割合【1割の場合】		③その他の料金（1回）
①基本料金（1回）	②加算料金（1回）	●食費=600円 ●当日キャンセル費=420円 ●実施地域以外への送迎 =1km未満30円、以降 1kmごとに30円加算
要介護1 =750円	●入浴介助加算Ⅰ =40円	
要介護2 =887円	●サービス体制提供強化Ⅲ =6円	
要介護3 =1,028円	●処遇改善加算Ⅲ=1ヶ月の総単位数×2.3%	
要介護4 =1,168円		
要介護5 =1,308円		
介護保険負担割合【2割の場合】		
①基本料金（1回）	②加算料金（1回）	
要介護1 =1,500円	●入浴介助加算Ⅰ =80円	
要介護2 =1,774円	●サービス体制提供強化Ⅲ =12円	
要介護3 =2,056円	●処遇改善加算Ⅲ=1ヶ月の総単位数×2.3%	
要介護4 =2,336円		
要介護5 =2,616円		
介護保険負担割合【3割の場合】		
①基本料金（1回）	②加算料金（1回）	
要介護1 =2,250円	●入浴介助加算Ⅰ =120円	
要介護2 =2,661円	●サービス体制提供強化Ⅲ =18円	
要介護3 =3,084円	●処遇改善加算Ⅲ=1ヶ月の総単位数×2.3%	
要介護4 =3,504円		
要介護5 =3,924円		

2) 通所型サービス

介護保険負担割合【1割の場合】		③その他の料金（1回）
①基本料金（月）	②加算料金（月）	●食費=600円 ●当日キャンセル費=420円 ●実施地域以外への送迎 =1km未満30円、以降 1kmごとに30円加算
要支援1 =1,655円 *総合週1回程度利用含む	●サービス提供体制（Ⅰ）□1 =48円 ●処遇改善加算Ⅲ=1ヶ月の総単位数×5.4%	
要支援2 =3,393円 *総合週2回程度利用含む	●サービス提供体制（Ⅰ）□2 =96円 ●処遇改善加算Ⅲ=1ヶ月の総単位数×2.3%	
介護保険負担割合【2割の場合】		
①基本料金（月）	②加算料金（月）	
要支援1 =3,310円 *総合週1回程度利用含む	●サービス提供体制（Ⅰ）□1 =96円 ●処遇改善加算Ⅲ=1ヶ月の総単位数×2.3%	
要支援2 =6,786円 *総合週2回程度利用含む	●サービス提供体制（Ⅰ）□2 =192円 ●処遇改善加算Ⅲ=1ヶ月の総単位数×2.3%	
介護保険負担割合【3割の場合】		
①基本料金（月）	②加算料金（月）	
要支援1 =4,965円 *総合週1回程度利用含む	●サービス提供体制（Ⅰ）□1 =144円 ●処遇改善加算Ⅲ=1ヶ月の総単位数×2.3%	
要支援2 =10,179円 *総合週2回程度利用含む	●サービス提供体制（Ⅰ）□2 =288円 ●処遇改善加算Ⅲ=1ヶ月の総単位数×2.3%	

※介護保険外のサービスとなる場合には、全額自己負担となります。

※利用料金は、毎月月末締め請求によりお支払いいただきます。

※上記の利用料金は利用者が負担する金額です。①②については保険給付分を含んでおりません。

3) キャンセル

- ① サービス利用をキャンセルまたは休止・中断する場合には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。
連絡先 TEL (0465) 85-3521 FAX (0465) 85-3523
- ② 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、サービス利用の前日の午後 5 時までにご連絡ください。それ以降または当日のキャンセルは、キャンセル費を申し受けることになりますので、ご了承ください。

ご連絡をいただいた時間帯	キャンセル費
サービス利用する日の前日の午後 5 時までにご連絡あり	無 料
サービス利用する日の前日の午後 5 時以降にご連絡または連絡なし（当日キャンセル）	420 円

4) その他

- ① 利用者負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。
- ❶ 自動口座振替（ご指定の金融機関口座から月 1 回引き落とします）
 - ❷ 現金払い
 - ❸ 口座振込（指定金融機関口座へお振込願います。なお、手数料は利用者様負担となります。）

5 サービスの方針等

- (1) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者ならびにその家族のニーズを的確に把握し、公正中立にサービス提供を行います。
- (2) 利用者に対して、その可能な限り、その能力に応じてご自宅で自立した日常生活が送れるように配慮して行います。
- (3) 利用者の心身の状況やその置かれている環境等に応じて、利用者の意向や選択に基づき、適切なサービスが総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行います。
- (4) 要介護状態の軽減や悪化の防止または要介護状態になることの予防に役立てるように医療サービスとの連携に十分配慮いたします。
- (5) 介護保険法等の関係法令の趣旨及び内容に沿ったものとします。
- (6) 利用者ならびにその家族に対して、提供するサービスの内容及び提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。

6 緊急時対応（事故発生時等）

通所介護事業、介護予防通所介護事業を利用中に、利用者の病状及び健康状態に急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに緊急連絡先（家族等）ならびに主治医または医療機関（救急車要請含む）に連絡するなどの措置を講じるとともに、その指示に従います。

7 損害賠償

サービスの提供にあたって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、利用者に対してその損害を賠償します。

8 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

開成町 デイサービスセンター なんでも相談コーナー	TEL 番号	0465 (85) 3521
	FAX 番号	0465 (85) 3523
	相談員	管理者 / 高 橋 政 幸 生活相談員 / 鈴 木 雅 人
	開設日	月曜日から金曜日まで ＜12月29日から翌年1月3日までは除く＞
	対応時間	午前8時30分から午後5時00分まで

社会福祉法人開成町社会福祉協議会における苦情解決に関する要項

苦情解決に関する要項 (第三者委員会の設置)	苦情解決責任者	開成町社会福祉協議会 事務局長 (要項2条)
	苦情受付担当者	会長が任命する (要項3条)
	第三者委員	会長の委嘱により次に挙げるものから3名を選任する (要項4条)
		(1) 開成町社会福祉協議会監事 中 野 実 (1) 開成町社会福祉協議会監事 藤 原 幸 枝 (1) 開成町社会福祉協議会監事 藤 井 宏 (2) 学識経験者
	TEL 番号	0465 (82) 5222
	FAX 番号	0465 (82) 5928
	E-mail	network@kaiseishakyo.jp

公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

開成町 介護保険相談窓口	担当課	町民福祉部 福祉介護課 高齢介護班
	所在地	〒258-8502 神奈川県足柄上郡開成町延沢 773
	TEL 番号	0465 (84) 0316
	FAX 番号	0465 (85) 3433
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分まで
神奈川県 国民健康保険 団体連合会 介護保険課 介護苦情相談係	所在地	〒220-0003 神奈川県横浜市西区楠町 27-1
	TEL 番号	045 (329) 3447 《苦情専用》0570 (02) 2110
	利用時間	午前8時30分から午後5時15分まで

9 社会福祉法人開成町社会福祉協議会の概要

名称・法人種別	社会福祉法人開成町社会福祉協議会
代表者名	会 長 菊 川 敬 人
所在地・電話	〒258-0021 神奈川県足柄上郡開成町吉田島1043-1 0465 (82) 5222
業務の概要	(1) 社会福祉を目的とする事業の企画及び実施 (2) 社会福祉に関する活動への住民の参加のための援助 (3) 社会福祉を目的とする事業に関する調査、普及、宣伝、連絡、調整及び助成 (4) (1) から (3) のほか、社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図るために必要な事業 (5) 保健医療、教育その他の社会福祉を目的に関連する事業との連絡 (6) 共同募金事業への協力 (7) 居宅介護支援事業 (8) 老人デイサービス事業（開成町デイサービスセンター）の経営 (9) 開成町福祉会館の経営 (10) 福祉サービス利用援助事業の経営 (11) 開成町地域包括支援センター事業の経営 (12) その他この法人の目的達成のため必要な事業
居宅介護支援事業所	1箇所
デイサービスセンター	1箇所