

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(岐阜県指定 第 2171700491 号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービス、予防通所介護相当サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」又は「要支援」と認定された方又は総合事業対象者が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

| | |
|---------------------------|---|
| 1. 事業者..... | 1 |
| 2. 事業所の概要..... | 1 |
| 3. 事業実施地域及び営業時間..... | 2 |
| 4. 職員の配置状況..... | 2 |
| 5. 事業所が提供するサービスと利用料金..... | 3 |
| 6. 緊急時の対応について..... | 7 |
| 7. 苦情の受付について..... | 7 |

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 恵那市社会福祉協議会 |
| (2) 法人所在地 | 岐阜県恵那市大井町 727 番地 11 |
| (3) 電話番号 | 0 5 7 3 - 2 6 - 5 2 2 1 |
| (4) 代表者氏名 | 会長 宮 地 政 臣 |
| (5) 設立年月 | 平成 1 6 年 1 0 月 2 5 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 岐阜県指定 2171700491 号 指定通所介護事業所・平成 17 年 4 月 1 日指定 地域密着型通所介護・平成 28 年 4 月 1 日 予防通所介護相当サービス・平成 30 年 4 月 1 日 |
| (2) 事業所の目的 | 要介護状態又は、要支援状態にある高齢者に対し、適切な指定通所介護サービス、予防通所介護相当サービスを提供する。 |
| (3) 事業所の名称 | 串原デイサービスセンター |
| (4) 事業所の所在地 | 岐阜県恵那市串原 3171 番地 1 |
| (5) 電話番号 | 0 5 7 3 - 5 2 - 2 2 3 0 |

- (6) 事業所長（管理者） 氏名 堀 奈津子
 (7) 当事業所の運営方針 利用者が可能な限り在宅で自立した日常生活が出来るよう支援する。
 (8) 開設年月 平成17年4月1日
 (9) 利用定員 10人
 (10) 第三者評価の実施状況 未実施

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 恵那市

(2) 営業日及び営業時間

| | |
|----------|---------------------|
| 営業日 | 月～土 |
| 休業日 | 日曜日・年末年始（12/30～1/3） |
| 受付時間 | 月～金 8時30分～17時15分 |
| サービス提供時間 | 月～土 9時15分～16時15分 |

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して地域密着型通所介護及び予防通所介護相当サービス（旧介護予防通所介護に相当する通所型サービス）を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種 | 職 員 配 置 | 配置基準 |
|--------------|----------------------------|------|
| 1. 事業所長（管理者） | 1名（生活相談員との兼務） | 1名 |
| 2. 介護職員 | 3名（生活相談員との兼務3名） | 1名 |
| 3. 生活相談員 | 4名（管理者との兼務1名 介護員との兼務3名） | 1名 |
| 4. 機能訓練指導員 | 1名 | 1名 |

配置基準

介護職員：単位ごとに提供時間帯に応じて専ら提供にあたる職員1名以上（利用者が15人までの場合）利用者が15人を超える場合は15人を超える部分の利用者の数を5で除して得た数に1を加えた数を配置

（例）利用者数15人 サービス提供時間7時間の場合

7時間×1名=7時間

⇒7時間分の勤務延時間数の配置を確保（配置基準1名）

生活相談員：事業所の提供時間帯に応じて専ら提供にあたる職員1名以上

（例）9時15分～16時15分（1単位/サービス提供7時間の場合）

⇒7時間分の勤務延時間数の配置を確保（配置基準1名）

〈主な職種の勤務体制〉

| 職種 | 勤務体制 |
|---------|--|
| 1. 介護職員 | 勤務時間：8：30～17：15 サービス提供時間帯に応じて1名以上の介護職員が勤務します。 |

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の通常9割、8割又は7割が介護保険から給付されます。

利用するサービスの種類や 実施日、実施内容等については、居宅サービス計画、介護予防サービス計画書、介護予防ケアマネジメントに沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画、介護予防通所介護計画に定めます。

〈サービスの概要〉

☆共通的服务

①食事の準備、介助を行います。

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）

12：00～13：00

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきり等で座位が取れない方には機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・ご契約者の排せつの介助を行います。

④送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額の1割、2割又は3割を追加料金としてご負担いただきます。

〈サービス利用料金（1回あたり）〉（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

通所介護事業(デイサービス) 1ヶ月あたりまたは1回あたりの利用料金(単位：円)

(負担割合1割の方)

| 介護度 | 基本 | 入浴 | 中山間地域加算 | サービス提供体制強化加算 | 食事 | 小計(A) | 請求書 |
|------|-----------------|----|---------|--------------|-----|---------|----------------------------|
| 要支援1 | 1ヶ月の単位 1,647 | | +5% | 1ヶ月 24 | 700 | 1,671 | 1ヶ月 1,671+700 ×1ヶ月の利用回数 |
| 要支援2 | 1ヶ月の単位 3,377 | | +5% | 1ヶ月 48 | 700 | 3,425 | 1ヶ月 3,425+700 ×1ヶ月の利用回数 |
| 要介護1 | 735 | 50 | +5% | 6 | 700 | 1,537/回 | |
| 要介護2 | 868 | 50 | +5% | 6 | 700 | 1,670/回 | |
| 要介護3 | 1,006 | 50 | +5% | 6 | 700 | 1,808/回 | |
| 要介護4 | 1,144 | 50 | +5% | 6 | 700 | 1,946/回 | |
| 要介護5 | 1,281 | 50 | +5% | 6 | 700 | 2,083/回 | |

(負担割合2割の方)

| 介護度 | 基本 | 入浴 | 中山間地域加算 | サービス提供体制強化加算 | 食事 | 小計(A) | 請求書 |
|------|-----------------|----|---------|--------------|-----|---------|----------------------------|
| 要支援1 | 1ヶ月の単位 1,647 | | +5% | 1ヶ月 24 | 700 | 3,342 | 1ヶ月 3,342+700 ×1ヶ月の利用回数 |
| 要支援2 | 1ヶ月の単位 3,377 | | +5% | 1ヶ月 48 | 700 | 6,850 | 1ヶ月 6,850+700 ×1ヶ月の利用回数 |
| 要介護1 | 735 | 50 | +5% | 6 | 700 | 2,374/回 | |
| 要介護2 | 868 | 50 | +5% | 6 | 700 | 2,640/回 | |
| 要介護3 | 1,006 | 50 | +5% | 6 | 700 | 2,916/回 | |
| 要介護4 | 1,144 | 50 | +5% | 6 | 700 | 3,192/回 | |
| 要介護5 | 1,281 | 50 | +5% | 6 | 700 | 3,466/回 | |

(負担割合3割の方)

| 介護度 | 基本 | 入浴 | 中山間地域加算 | サービス提供体制強化加算 | 食事 | 小計(A) | 請求書 |
|------|-----------------|----|---------|--------------|-----|---------|-----------------------------|
| 要支援1 | 1ヶ月の単位 1,647 | | +5% | 1ヶ月 24 | 700 | 5,013 | 1ヶ月 5,013+700 ×1ヶ月の利用回数 |
| 要支援2 | 1ヶ月の単位 3,377 | | +5% | 1ヶ月 48 | 700 | 10,275 | 1ヶ月 10,275+700 ×1ヶ月の利用回数 |
| 要介護1 | 735 | 50 | +5% | 6 | 700 | 3,211/回 | |
| 要介護2 | 868 | 50 | +5% | 6 | 700 | 3,610/回 | |
| 要介護3 | 1,006 | 50 | +5% | 6 | 700 | 4,024/回 | |
| 要介護4 | 1,144 | 50 | +5% | 6 | 700 | 4,438/回 | |
| 要介護5 | 1,281 | 50 | +5% | 6 | 700 | 4,849/回 | |

※基本部分につきましては、サービス提供時間7時間以上8時間未満の単位となります。

※網掛け部分につきましては、実施時の加算となります

※上記小計(A)には5%が追加されておりません

※要介護1～5の方の小計(A)は食事代が含まれた料金です。

※中山間地域加算につきましては、串原地域以外の方が対象となります。

※送迎を実施しない場合(利用者様が自ら通うまたはご家族が送迎を行う場合等、事業所が送迎を実施しない場合)は47単位の減算となります(要介護者対象)。

予防通所介護相当事業 1月につき

| 介護度 | 基本 | 入浴 | 強化加算 | ケア加算 | 食事 | 小計(A) | 請求書 |
|---------------|-----------------|----|-----------|----------|-----|-------|------------------------|
| 要支援1 事業対象者 | 1ヶ月の単位 1,647 | | 1ヶ月 24 | 該当 なし | 700 | 1,671 | 1ヶ月 1,671+700×1ヶ月の利用回数 |
| 要支援2 | 1ヶ月の単位 3,377 | | 1ヶ月 48 | 該当 なし | 700 | 3,425 | 1ヶ月 3,425+700×1ヶ月の利用回数 |

※勤務年数3年以上の職員を30%以上配置している為、サービス提供体制強化加算Ⅱを算定させていただきます。

| | |
|--------|-----------------------------|
| 要介護1～5 | サービス提供体制強化加算（Ⅱ）1回につき 6単位を加算 |
| 要支援1 | サービス提供体制強化加算（Ⅱ）1月につき24単位を加算 |
| 要支援2 | サービス提供体制強化加算（Ⅱ）1月につき48単位を加算 |

※介護職員処遇改善加算Ⅲを算定させていただきます

| | |
|-------------|--|
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ | 介護報酬総単位数×介護職員処遇改善加算Ⅲ2.3%より算出した単位（一単位未満の端数四捨五入） |
|-------------|--|

※利用者様がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※利用者様に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）②参照）

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者様の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります

〈サービスの概要と利用料金〉

①通常の事業実施地域以外の地域に居住するご契約者に対する送迎費用

恵那市以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、送迎費用をいただくことがあります。

料金：25円/km

②食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1回あたり 700円

③レクリエーションにかかわる費用

ご契約者の希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

料金：1枚あたり 20円

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第6条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し請求いたします。翌月27日までに指定された口座より引き落としさせていただきます。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし
十六コンピュータサービス株式会社が口座引落の窓口となります
ご利用できる金融機関は口座振替のご案内で確認願います

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第7条参照)

①利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

②利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し利用者様の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。(要支援除く)

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合 | 無料 |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金の10% (自己負担相当額) |

③サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

6. 緊急時における対応方法 (契約書第12条参照)

本事業は、サービスの提供中にご契約者の病変及び事故が生じた場合、必要な措置を講じるとともに以下の対応を行います。

- (1) 契約時に、教えて頂く家族ないし緊急連絡先へ電話等により連絡します。
- (2) 主治医への連絡及び指示を家族へ依頼する場合があります。
- (3) 急を要する場合は、事業者の判断により救急車を、要請し事後報告となる場合があります。

7. 苦情の受付について (契約書第21条参照)

- (1) 苦情の受付 当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。
- 苦情受付窓口 串原デイサービスセンター 管理者 堀 奈津子
 - 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15
 - 電話番号 0573-52-2230
 - 苦情解決責任者 恵那市社会福祉協議会 常務 小林 規男
 - 電話番号 0573-26-5221

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下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のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

< 第三者委員 >

| 名 前 | 連 絡 先 |
|---------|-----------------------------|
| 鰻 目 章 | 電 話 0 5 7 3 - 4 3 - 2 7 8 6 |
| 古 山 昭 次 | 電 話 0 5 7 3 - 2 5 - 4 4 8 9 |

(3) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|----------------------------|---|
| 恵那市役所 介護保険担当課 | 所 在 地 岐阜県長島町正家 1-1-1 電話番号 0 5 7 3 - 2 6 - 2 1 1 1 F A X 0 5 7 3 - 2 5 - 7 2 9 4 受付時間 午前8時30分～午後5時15分 |
| 国民健康保険団体連合会 介護・障害課苦情相談係 | 所 在 地 岐阜市下奈良 2-2-1 県福祉農業会館内 電話番号 058-275-9826・F A X 058-275-7635 受付時間 午前9時00分から午後5時00分 |
| 岐阜県社会福祉協議会 (運営適正化委員会) | 所 在 地 岐阜市下奈良 2-2-1 県福祉農業会館内 電話番号 058-278-5136・F A X 058-278-5137 受付時間 午前9時00分から午後5時00分 |

令和 年 月 日

地域密着型通所介護、予防通所介護相当サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

申原デイサービスセンター

説明者職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービス、予防通所介護相当サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名

印

代理人住所

代理人

印

※この重要事項説明書は、岐阜県指定居宅サービス等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成24年12月26日条例第77号）第9条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

2019.5 現在

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 木造平屋建て
- (2) 建物の延べ床面積 964, 2㎡(内専用床面積471, 5㎡)

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

介護職員…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

1名以上の介護職員を配置しています。

生活相談員…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

1名以上の生活指導員を配置しています。

看護職員… 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

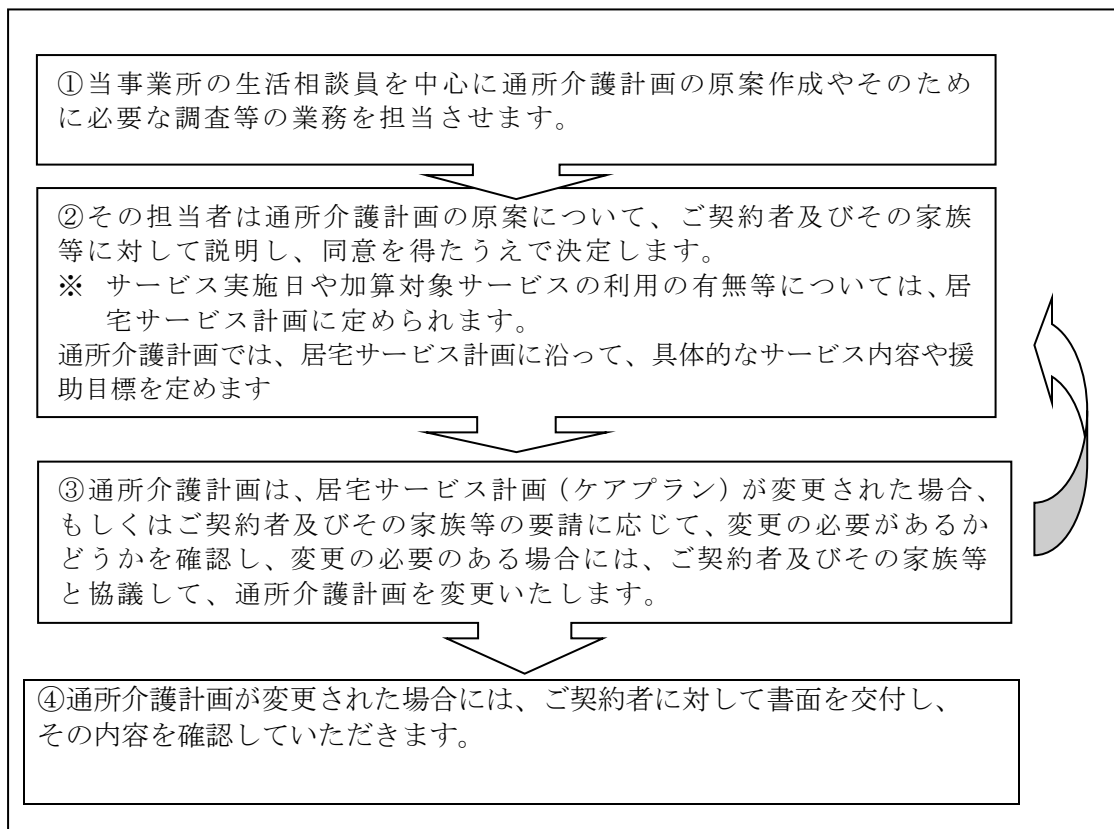
1名以上の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。

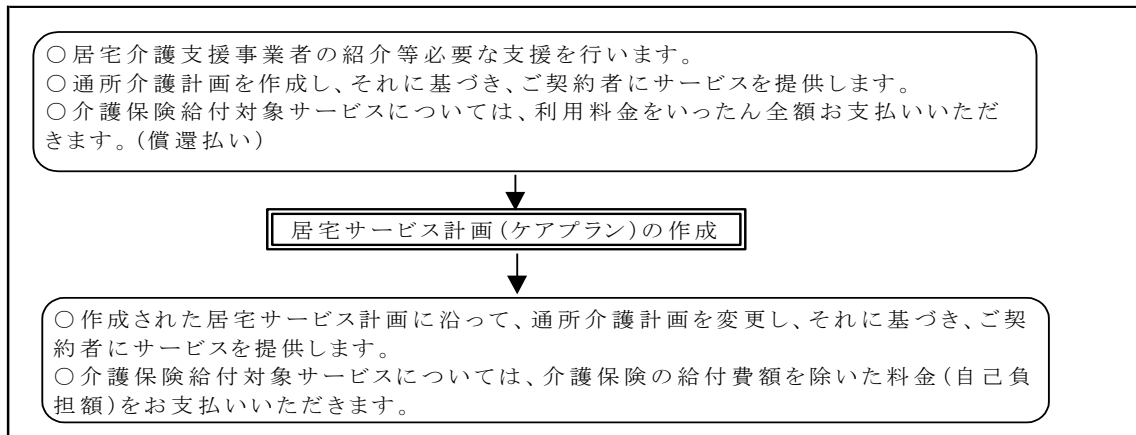
(**栄養士** 専属の食品事業者が昼食の献立作成及び栄養ケアを担当します。)

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

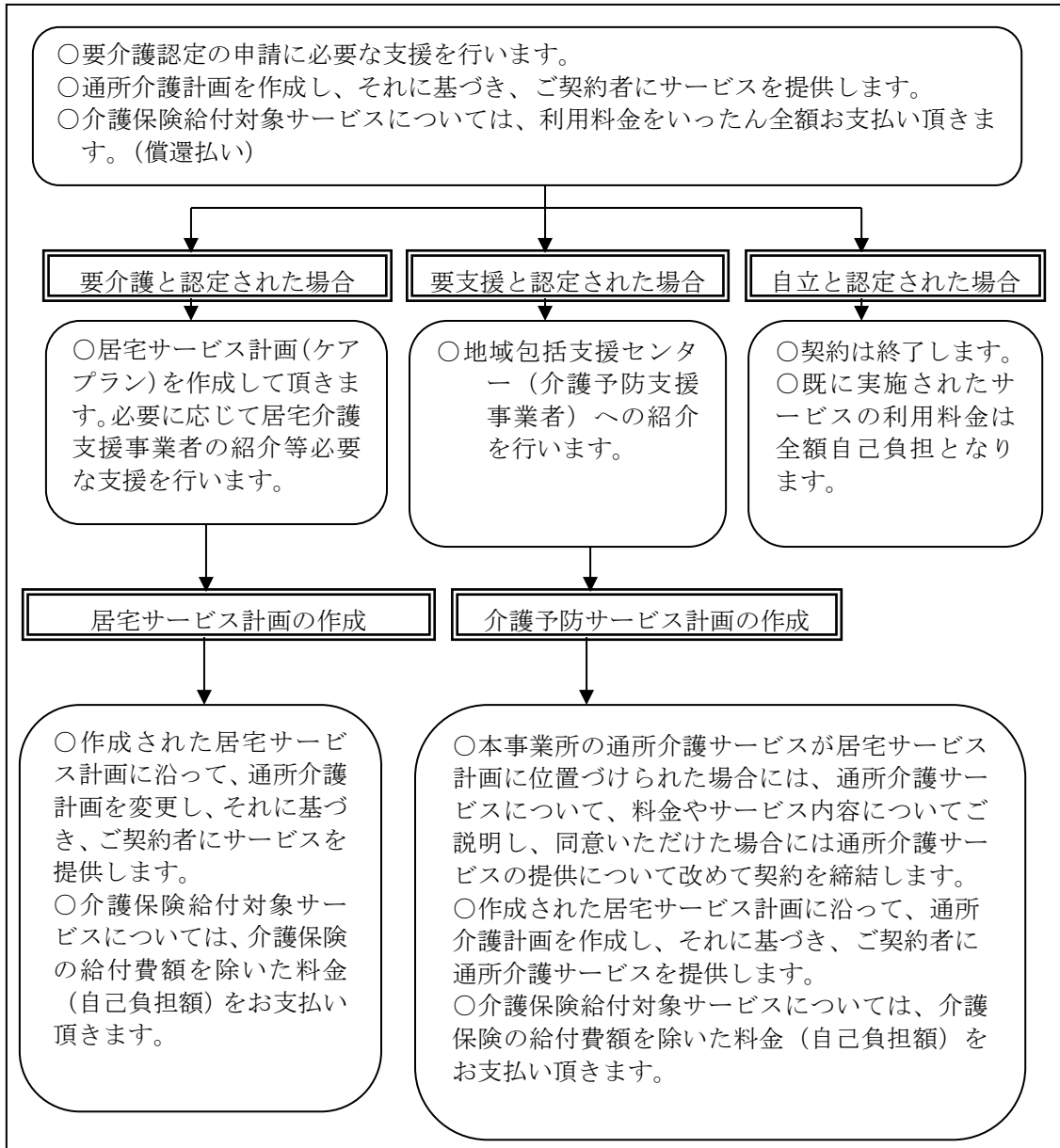
- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「通所介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第3条参照）



①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業者の義務(契約書第9条、第10条参照)

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります

- ① 契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 高齢者虐待防止法に基づき、ご契約者の人格を尊重し、その職務を遂行します。
- ③ ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)
 - ・ ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
 - ・ サービス担当者会議など、契約者に係る他の介護予防支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

5. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意(契約書第11条参照)

- ①施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ②故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

6. 損害賠償について(契約書第五章参照)

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

（1）契約の終了事由（契約書第 16 条参照）

契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①利用者様が死亡した場合
- ②要介護認定又は要支援認定により利用者様の心身の状況が自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（2）契約の終了に伴う援助（契約書第 16 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

（3）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 17 条、第 18 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②利用者様が入院された場合
- ③利用者様の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者様の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者が利用者様の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(4) 事業者からの契約解除の申し出 (契約書第 19 条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

8. その他 協議事項 (契約書第 22 条関係参照)

(1) 台風・風雪水害・地震災害・警報発令時等の対応について

- ① 台風・風雪水害・地震災害・警報発令時等の事例があった場合は、ご利用日の前日に予知できる場合は電話にて中止又は遅れてご利用して頂くことの連絡をする場合があります。(お食事・入浴できない場合がありますが、その場合は食事加算・入浴加算は頂きません、また遅れてご利用していただいた場合ご利用代金は短時間利用金額になります。)
- ② 当日の場合も同じく、ご家族様にご連絡を入れさせて頂いた後、中止、遅れてのご利用もしくは早めのご帰宅となる場合があります。(お食事・入浴できない場合がありますが、その場合は食事加算・入浴加算は頂きません。また遅れてご利用していただいた場合ご利用代金は短時間利用金額になります。)
- ③ 通行止め等道路状況により送迎できない場合もありますので、ご理解・ご協力頂きたいと思えます。災害時等でデイサービスが営業できる場合でも、通行止め等道路状況により送迎できない場合はご家族送迎などで対応していただければ、ご利用して頂くことができます。