

# 重要事項説明書

【地域密着型通所介護】

【介護予防相当通所事業】

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業所：     デイサービス    あいのさと    曙

1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

デイサービス あいのさと 曙 TEL 084-959-2226

担当 児島恵理 重要事項説明者 児島恵理 ㊞

2 デイサービス あいのさと 曙の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	デイサービス あいのさと 曙
所在地	広島県福山市曙町五丁目 5 番 28 号
介護保険指定番号	通所介護事業 (福山市 3471507206 号)
サービス提供地域	福山市

(2) 営業時間

月・火・水・木・金・土	午前 8 : 30 ~ 午後 5 : 30
-------------	-----------------------

(3) サービス提供時間 (7 時間以上 8 時間未満)

月・火・水・木・金・土	午前 9 : 15 ~ 午後 4 : 15
-------------	-----------------------

(4) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士・介護支援専門員	1 名	0 名	1 名
生活相談員兼介護職員	介護福祉士	1 名	3 名	4 名
看護師	看護師	0 名	1 名	1 名
介護職員	介護福祉士	0 名	1 名	1 名
介護職員	2 級介護員	0 名	2 名	2 名

(5) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

3 サービス内容

介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、口腔機能向上、アクティビティーその他必要な介護等を行います。

4 利用料金

(1) 利用料 \* 1・・・介護予防相当通所

介護保険適用	単位	一割負担分
<input type="checkbox"/> 要支援 1 * 1	1,798 単位/月	1,798 円
<input type="checkbox"/> 要支援 2 * 1	3,621 単位/月	3,621 円
<input type="checkbox"/> 要介護 1	753 単位/回	753 円
<input type="checkbox"/> 要介護 2	890 単位/回	890 円
<input type="checkbox"/> 要介護 3	1,032 単位/回	1,032 円
<input type="checkbox"/> 要介護 4	1,172 単位/回	1,172 円
<input type="checkbox"/> 要介護 5	1,312 単位/回	1,312 円
<input type="checkbox"/> 同一建物利用減算	-94 単位/日	-94 円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算	150 単位(月 2 回まで)	150 円
<input type="checkbox"/> 中重度者ケア体制加算	45 単位/日	45 円
<input type="checkbox"/> 認知症加算	60 単位/日	60 円
<input type="checkbox"/> 入浴加算 (I)	40 単位/日	40 円
<input type="checkbox"/> 入浴加算 (II)	55 単位/日	55 円
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日	60 円

<input type="checkbox"/> 栄養改善加算	200 単位/回 (月 2 回限度)	200 円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20 単位/回 (6 月に 1 回限度)	20 円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (I) イ	56 単位/日	56 円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (I) ロ	76 単位/日	76 円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (II)	20 単位/日	20 円
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算 (I)	100 単位/月	100 円
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算 (II)	200 単位/月	200 円
<input type="checkbox"/> ADL 維持等加算 (I)	30 単位/月	30 円
<input type="checkbox"/> ADL 維持等加算 (II)	60 単位/月	60 円
<input type="checkbox"/> ADL 維持等加算 (III)	3 単位/月	3 円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (I)	22 単位/日	22 円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (II)	18 単位/日	18 円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (III)	6 単位/日	6 円
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 (I)	毎月算定単位の 9.2%×100%	毎月算定単位の 9.2%×100%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 (II)	毎月算定単位の 9.0%×100%	毎月算定単位の 9.0%×100%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 (III)	毎月算定単位の 8.0%×100%	毎月算定単位の 8.0%×100%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 (IV)	毎月算定単位の 6.4%×100%	毎月算定単位の 6.4%×100%

\* 上記記載は、1 割負担の額となります。

(2 割負担の方は 2 倍の額、3 割負担の方は 3 倍の額となります。)

介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

自費をいただくもの (介護保険適用外)

食材料費用	昼 食	650 円
レクリエーション材料費	1 回	100 円
オムツ	1 枚につき	100 円
パット	1 枚につき	50 円

## (2) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合の交通費。1 kmにつき 10 円。

## (3) キャンセル料金 (食材料費について)

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金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先: デイサービス あいのさと 曙 TEL084-959-2226)

① 利用日の前営業日の 17 時までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の開始までにご連絡がなかった場合	全額

## (4) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月 18 日までに当月分の料金を請求いたしますので、26 日までにお支払いください。お支払い方法は、原則郵便局または、銀行引き落としと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

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。介護予防相当通所事業及び地域密着型通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

## (2) サービスの終了

### ① お客様のご都合でサービスを終了する場合

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。

### ② 当社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1ヶ月までに文書で通知いたします。

### ③ 自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕又は介護予防相当通所事業対象者非該当の場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・お客様が亡くなられた場合

### ④ その他

- ・当社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、お客様や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、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ご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上、適切に対応します。
- ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

## 6 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をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への 連絡基準		

## 7 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。

## 8 サービス内容に関する苦情

- 弊社お客様苦情相談窓口

苦情相談窓口担当	管理者
受付日	月曜日～土曜日（ただし日曜日・5月3日から5日、8月13日から15日、12月30日から1月3日までを除く）
受付時間	午前9：00～午後17：00

- その他

福山市役所介護保険課	電話：084-928-1166
福山市役所高齢者支援課	電話：084-928-1189
広島県国民健康保険団体連合会（苦情相談専用）	電話：082-554-0783

### 【 会社の概要 】

社名 特定非営利活動法人エルダーサポート協会  
設立 平成15年12月  
所在地 広島県福山市千田町藪路924番地2  
代表者 理事長 田辺徹雄

### 【 事業内容 】

グループホーム／小規模多機能／地域密着型通所介護／福祉用具貸与事業／特定福祉用具販売サービス付き高齢者向け住宅／住宅型有料老人ホーム

#### 【事業者】

特定非営利活動法人エルダーサポート協会  
広島県福山市千田町藪路924番地2  
理事長 田辺徹雄 印

#### 【事業所】 デイサービス あいのさと 曙

（住所）広島県福山市曙町五丁目5番28号

（ 指定番号 3471507206 ）

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者家族氏名 \_\_\_\_\_ 印

（ 続柄 \_\_\_\_\_ ）

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印