

通所介護・第一号通所事業
デイサービス ふちとまと2
《 重要事項説明書 》

様

令和____年____月____日

有限会社 サンスマイル

1 当事業所の概要

(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 ぶちとまと 2
所在地	大分市大字城原字尾崎 2600-25
サービス種類	通所介護事業
介護保険指定番号	4470108145
サービス提供地域	大分市

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

月曜日～土曜日	午前9:00 ～ 午後5:00
定休日	日曜日

(3) 職員体制

(R5/6/1 現在)

	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名	0名	1名
生活相談員	社会福祉主事	1名	1名	2名
看護師	(准)看護師	0名	4名	4名
介護職員	ヘルパー2級、実務者研修修了者、介護福祉士	4名	10名	14名

(4) 当事業所の設備

定員： 34名／日
ホール： 1室（食堂・機能訓練室兼用）
食堂： 1室
浴場： 1室
送迎車両： 3台

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL：097-574-7600

担当部署： 管理者

担当者： 富沢 泰英

受付時間：午前9:00～午後5:30

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

3 サービス内容

ご利用者様の通所介護計画に沿った、送迎・身体介護・食事の提供・入浴介助・その他必要なサービス、ご利用者様・ご家族様からのサービスに関するご相談を行います。

4 利用料金

(1) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたします。

27日までに、あらかじめ指定した方法でお支払いください。

領収書につきましては、次回請求書に同封いたします。

利用料金 ※要支援の方（ 通常規模 ）

介護保険適用		2 時間以上 9 時間未満
第一号通所事業	要支援 1	1, 672 単位/月
	要支援 2	3, 428 単位/月

利用料金 ※要介護の方（ 通常規模 ）

介護保険適用	6 時間～7 時間	7 時間～8 時間	8 時間～9 時間
要介護 1	584 単位	658 単位	669 単位
要介護 2	689 単位	777 単位	791 単位
要介護 3	796 単位	900 単位	915 単位
要介護 4	901 単位	1, 023 単位	1, 041 単位
要介護 5	1, 008 単位	1, 148 単位	1, 168 単位

介護保険適用	3 時間～4 時間	4 時間～5 時間	5 時間～6 時間
要介護 1	370 単位	388 単位	570 単位
要介護 2	423 単位	444 単位	673 単位
要介護 3	479 単位	502 単位	777 単位
要介護 4	533 単位	560 単位	880 単位
要介護 5	588 単位	617 単位	984 単位

※所要時間 2 時間以上 3 時間未満の利用料金は 4 時間以上 5 時間未満の所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数とする。

※その他別途合計額に 9.0%相当の介護職員処遇改善加算が適用されます。(処遇改善加算Ⅱ)

※その他別途合計額に 1 回の利用毎に 40 単位の入浴介助加算（Ⅰ）が加わります。(要介護の方のみ)

※その他別途合計額に 1 回の利用毎に 6 単位のサービス提供体制強化加算（Ⅲ）が加わります。

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

※お住まいの状況によっては送迎減算(－94 単位/日)になる場合があります。

※上記、10 円/単位となります。

※ご利用者様の負担につきましては、上記利用額の 1 割、2 割または 3 割となります。

○自己負担するもの（介護保険適用外）

食	費	1 日につき	5 9 4 円
お	や	つ	1 1 0 円
オ	ム	ツ	実 費
レクリエーション材料費			実 費
複	写	物	1 0 円

(2) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合は、下記の交通費をいただきます。

交	通	費	1 km につき	7 5 円
---	---	---	----------	-------

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

通所介護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。なお、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。

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いしてご説明いたします。また、施設の見学・1 日体験もできます。お気軽にご連絡ください。

(2) サービスの終了

① ご利用者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 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1ヶ月前までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

- ・ご利用者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ご利用者様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〔自立〕と認定された場合は、条件を変更して再度契約をすることができます。
- ・ご利用者様が亡くなられた場合

④ 契約解除

- ・当事業所が、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・ご利用者様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合は、文書で通知することで、ご利用者様は即座に契約を解約することができます。
- ・当事業所が破産した場合は、ご利用者様に文書で通知することで即座に契約を解約することができます。
- ・利用者様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。
- ・ご利用者様やご家族様などが、当事業所や当事業所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、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

⑤ その他

- ・ご利用者様に、病気・怪我などで健康上に問題がある場合は、当事業所におけるサービスのご利用をお断りする場合があります。
- ・当事業所における当日の健康チェックにおいて、ご利用者様の診断結果が悪い場合、サービス内容の変更、または、サービスの提供を中止する場合があります。
- ・当事業所のサービス利用中に、ご利用者様の体調が悪くなった場合、サービス提供を中止する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。
- ・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に悪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は、速やかに事業所に申告してください。ご利用者様の疾患（感染症）が治癒するまで、当事業所におけるサービスの利用はお断りさせていただきます。
- ・サービスのご利用時は、多額の金銭・貴重品類は持参しないでください。また、ご利用者様間での金銭の貸し借り・物品の貸し借り・食べ物やりとりはご遠慮ください。
- ・当事業所の施設内では、政治活動・宗教活動・物品の販売などの行為は、禁止させていただきます。

6 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあつた場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

7 事故発生時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に事故が発生した場合は、関係各位に連絡するとともに、賠償すべき事故の場合は、当事業所はご利用者様に対して賠償責任を負うものとします。

【事業者】

住 所：大分県大分市大字城原字尾崎 2600-25

社 名：有限会社 サンスマイル

代 表 者：代表取締役 富沢 泰公

【事業所】

住 所：大分市大字城原字尾崎 2600-25

事業所名：デイサービス ふちとまと 2 (指定番号 4470108145)

担当者 富沢 泰英 より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

【ご利用者】住 所_____

氏 名_____

【代理人】住 所_____

氏 名_____ (続柄)