

## 地域密着型通所介護及び第1号通所事業重要事項説明書

### 1. デイサービス輝の概要

運 営 主 体	株式会社ケアホームなかお 代表取締役 中尾 一郎 茨城県常総市中妻町 1023-2
名 称	デイサービス輝
現 在 地	茨城県下妻市中居指 199-1
事 業 所 番 号	0891000044 地域密着型通所介護 0871001087 第1号通所事業
通常の事業実施地域	下妻市

### 2. 職員体制

- ・管理者 1名（常勤）
- ・生活相談員 1名以上
- ・介護職員 1名以上
- ・機能訓練指導員 1名以上
- ・看護職員 1名以上

### 3. 営業時間

月曜～土曜 午前8時30分から午後5時30分  
(祝日も実施します)

※1月1日から1月3日までは除きます。

サービス提供時間

午前9時00分から午後4時15分

### 4. 事業の内容

- ① 地域密着型通所介護
- ② 第1号通所事業

### 5. 提供するサービス内容

- ① 日常生活の援助
- ② 健康状態の確認
- ③ 機能訓練サービス
- ④ 送迎サービス
- ⑤ 入浴サービス
- ⑥ 食事サービス
- ⑦ 相談、援助等に関する助言

6. 料金

指定通所介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準額によるものとし、当該サービスが法定代理受領サービスである時には、利用者の負担割合の額とする。

- (1) 利用料金 ※利用時間に応じて利用料金は変動対応有り

1 単位 = 10.14 円

地域密着型通所介護	7 時間以上 8 時間未満 1 割負担分	7 時間以上 8 時間未満 2 割負担分	7 時間以上 8 時間未満 3 割負担分
要介護 1	753 単位	1506 単位	2259 単位
要介護 2	890 単位	1780 単位	2670 単位
要介護 3	1032 単位	2064 単位	3096 単位
要介護 4	1172 単位	2344 単位	3516 単位
要介護 5	1312 単位	2624 単位	3936 単位

【月額】第 1 号通所事業

要支援 1	1798 単位
要支援 2	3621 単位

- (2) 加算料金

入浴介助加算 I	入 浴	40 単位
サービス提供体制強化加算 (II)	要介護 18 単位/回 要支援 1 72 単位/月 要支援 2 144 単位/月	
介護職員処遇改善加算 (I)	所定の単位数に 5.9% を乗じた単位数	
介護職員等特定処遇改善加算 (II)	所定の単位数に 1.0% を乗じた単位数	
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定の単位数に 1.1% を乗じた単位数	

- (3) 減算料金

事業所が送迎を行わない場合は、片道 47 単位を減算とします。

- (4) 介護保険外利用料金

項目	料金額	備考
昼 食 費	600 円/1 食	
尿とりパッド (薄型)	22 円/1 枚	
尿とりパッド (厚型)	29 円/1 枚	
リハビリパンツ	M サイズ 88 円/1 枚 L サイズ 96 円/1 枚	
テープ型紙オムツ	S サイズ 87 円/1 枚 M サイズ 99 円/1 枚	

- (5) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料がかかります。

① 利用日の前営業日午後 5 時まで連絡があった場合	無 料
② 利用日の当日午前までに連絡がなかった場合	食費の 600 円

(6) 利用料金の支払い方法

毎月、15日までに前月分の請求書を発行いたします。  
口座振替により、翌月20日までにお支払ください。

7. デイサービス輝の介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

利用者の心身及び日常生活動作の状況等を踏まえて、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び心身の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。

(2) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
土曜・日曜・祝日等実施の有無	有	日曜は定休とする。
時間延長の有無	有	応相談。
従業員への研修の実施状況	有	職場内研修を毎月開催。
送迎の有無	有	
昼食の提供サービス	有	
入浴サービス	有	
機能訓練	有	

(3) サービスの利用のための留意事項

- ・ 体調確認と体調不良の場合の対応  
看護師等がバイタルチェックをし、体調不良の場合は医療機関等へ連絡いたします。
- ・ 食事の内容  
粥食や刻み食等を希望により提供いたします。
- ・ レクリエーション趣味活動の内容  
月毎に行事を組み入れたり余暇活動を組み込みます。
- ・ 日常生活動作の拡大をめざし、機能訓練を組み込みます。
- ・ 利用者及びその家族の同意を得たうえで、サービス担当者会議、事例検討会や医療機関・福祉サービス機関等に対し、「利用者及びその家族の個人情報に関する情報」を用います。

8. 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週間前までに文書にしてお申し出ください。  
なお、文書は当方で用意してありますので、必要なときはお申し出ください。

② 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、やむを得ず事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。  
その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合

- ・お客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合や被保険者資格を損失した場合

④ その他

- ・当デイサービス輝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、または当デイサービスが倒産した場合、お客様は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了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1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにも関わらず、7日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当デイサービス輝やデイサービス輝のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの行為を行った場合は、文書で通知することによりすぐにサービスを終了させていただく場合があります。

9. 緊急時の対応

緊急連絡先

ご家族氏名		
連絡先	(自 宅) (携 帯 電 話) (勤 務 先)	
医療機関名		
主治医氏名		
連 絡 先		

10. 地域密着型通所介護及び第1号通所事業サービス提供にあたって

- (1) ご利用日及びご利用時間：サービス提供票に基づきサービスを実施します。
- (2) ご利用場所：デイサービス輝
- (3) サービス内容：地域密着型通所介護計画及び第1号通所事業計画に沿い送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、その他必要な介護等を行います。
- (4) 健康上の理由による中止：
  - ① 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
  - ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更又は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。
  - ③ 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。また、必要に応じて速やかに主治の医師、又は歯科医師に連絡をとるなど必要な措置を講じます。

11. 相談、要望、苦情等の窓口

デイサービスに関する相談、要望、苦情等はサービス提供者か下記窓口までお申し出ください。  
詳細は別紙の通りです。

【サービス相談・苦情窓口】

担当者 中尾 誠 (管理者)  
電 話 0296-48-7707  
(受付時間 月曜日から土曜日 9:00~17:00)

【外部申し立て機関】

下妻市役所 長寿支援課  
電話 0296-45-8122  
茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談室  
電話 029-301-1565

附則 この重要事項説明書は 平成 28 年 9 月 1 日に作成、  
平成 31 年 2 月 21 日に変更 (苦情相談窓口 国保連 追加) (利用料金 2 割 3 割 追加)  
令和元年 10 月 1 日に変更 (料金単位)  
令和 3 年 4 月 1 日に変更 (料金単位、加算単位)  
令和 4 年 4 月 1 日に変更 (特定処遇改善加算 追加)  
令和 4 年 10 月 1 日に変更 (ベースアップ加算 追加) (おむつ代値上げ)  
令和 5 年 10 月 1 日に変更 (職員体制の表記変更)  
令和 6 年 4 月 1 日に変更 (料金単位、加算単位) を実施する。

重要事項説明日 令和 年 月 日

地域密着型通所介護及び第 1 号通所事業の提供開始にあたり、利用者に対して地域密着型通所介護及び第 1 号通所事業重要事項説明書を説明しました。

事業者	所在地	茨城県下妻市中居指 199-1
	名 称	デイサービス輝
	設置者	株式会社ケアホームなかお
	代表取締役	中尾 一郎 ㊞
	説明者	中尾 誠 ㊞

私は、地域密着型通所介護及び第 1 号通所事業の提供開始にあたり事業者から地域密着型通所介護及び第 1 号通所事業重要事項説明書の説明を受けました。

(利用者)

住 所

氏 名

(代理人)

住 所

氏 名