

## <通所介護・第一号通所事業>

### 重要事項説明書

令和6年 4月 1日 改定

この重要事項説明書は、あなた様（またはあなた様のご家族様）が、利用しようと考えている指定通所介護サービスについて契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明するものです。おわかりにならないことやわかりにくいことがあれば遠慮なくご質問ください。

#### 1 事業所概要

##### ①事業所情報

事業所名	デイサービス・ファインド健康クラブ
本社所在地	栃木県那須塩原市扇町10-5
連絡先	0287-47-5559
サービス種類	・指定通所介護・介護予防通所介護 ・第一号通所事業（通所介護相当サービス・通所型サービスA） 【通所介護計画・通所介護相当サービス計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助（サービスAを除く）、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業務を行います。】
介護保険指定番号	0971301411
サービス提供地域	那須塩原市・大田原市

※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。

##### ②営業時間

平日	午前 8:00～午後 5:00
定休日	土曜日、日曜日、8月13日～8月16日・12月29日～1月3日
サービス提供時間	午前 9:00～午後 3:15

##### ③職員体制

	資格	常勤	非常勤	合計
管理者		1名	名	1名
生活相談員	社会福祉主事または介護福祉士	2名	2名	4名
看護師	看護師・准看護師	1名	3名	4名
介護職員	介護福祉士・介護職員初任者研修・ヘルパー2級他	2名	8名（以上）	10名（以上）
機能訓練士	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、他	1名	2名（以上）	3名（以上）

##### ④事業計画・財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者様及びそのご家族様にとどまらず全ての方に対し、要望があれば閲覧することができます。

⑤事業目的・運営方針

事業目的	那須ヘルスセンター株式会社が開設するデイサービス・ファインド健康クラブ（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護及び指定第一号通所事業（以下「指定通所介護等」という。）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所ごとに置くべき従事者（以下「通所介護従事者」という。）が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し適正な指定通所介護等を提供することを目的とする。
運営方針	1 事業所の通所介護従事者は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、利用者が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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。 2 事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。

2 当事業所連絡先窓口（相談・苦情・キャンセル連絡等）

電話番号	0287-47-5559
担当部署	健康福祉事業部
担当者	施設長
受付時間	午前9:00～午後5:00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談に関しては各市町村でも受け付けております。

3 利用料金

①利用料金

介護保険適用	単位	利用者負担額			算定回数
		1割負担	2割負担	3割負担	
事業対象者	3時間以上 単位（1回につき） （1月の内、全部で4回までのサービス）	391円	782円	1,173円	1回当り
	3時間以上 単位（1月につき） （1月の内、5回サービスを利用した場合）	1,628円	3,256円	4,884円	1月当り
要支援1現行型・通所型1	1月の中で全部で4回迄（436単位×回数）	436円	872円	1,308円	1回当り
	1月の中で全部で5回以上（1,798単位/月）	1,798円	3,596円	5,394円	1月当り
要支援2現行型・通所型2	1月の中で全部で5～8回迄（447単位×回数）	447円	894円	1,341円	1回当り
	1月の中で全部で9回以上（3,621単位/月） ※サービス実績が1回～4回の場合（447単位×回数）	3,621円 447円	7,242円 894円	10,863円 1,341円	1月当り 1回当り

6時間以上7時間未満の場合で一覧記載（午前中のみ場合は別途）

要介護1	584単位	584円	1,168円	1,752円	1日当り
要介護2	689単位	689円	1,378円	2,067円	1日当り
要介護3	796単位	796円	1,592円	2,388円	1日当り
要介護4	901単位	901円	1,802円	2,703円	1日当り
要介護5	1,008単位	1,008円	2,016円	3,024円	1日当り

加算

加算	単位	利用者負担額			算定回数
入浴介助加算	40単位	40円	80円	120円	1日当り
介護職員処遇改善加算（新III）	（食事等を除く基本部分+各種加算・減算）×8.0% （2024年6月より）	左記の1割	左記の2割	左記の3割	1月当り

個別機能訓練体制(Ⅰ)口	介護1～5の認定利用者 76単位	76円	152円	228円	1回当たり

※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。

※通所型AⅡ型サービスの方は、入浴サービスは含まれておりません。

入浴を希望される方は、実費 550円（税込）で対応致します。

## ②自費を頂くもの（介護保険適用外）

（別途消費税をお預かりします）

食料費	1食	600円
入浴	通所型AⅡでご希望される方	500円
オムツ		実費
機能訓練プール利用	1日	100円
水着レンタル		150円

## ③交通費

送迎に要する費用	通常の実施地域は無料。 越えた場合1kmにつき・・・	30円
----------	-------------------------------	-----

## ④キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記キャンセル料を頂きます。キャンセルが必要になった場合下記の連絡先に至急ご連絡ください。

連絡先	電話番号：0287-47-5559
キャンセル料頂く場合	当日のキャンセルについては食事代（660円）のみ頂きます。

## ⑤料金の支払い方法

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ので、末日までにお支払いお願いいたします。

お支払い方法は、金融機関振替、現金收受等ご利用者様と相談の上、決定いたします。

## 4 サービスの利用方法

### ①サービス利用開始

お電話などでお申し込みお願いいたします。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画・相当サービス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。

### ②サービス利用終了

- ・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2週間前までに文書でお申し出ください。
- ・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（以下の場合は、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された場合
- ・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)もしくは要支援と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することが出来ます。

- ・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、もしく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30日以内に支払わない場合、もしく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、中止する場合がございます。
- ・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、適切に対応いたします。
- ・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。

## 5 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、下記主治医、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	(続柄： )
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄： )
	連絡先	
主治医への連絡基準		

## 6 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します。

## 7 非常災害対策

①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者 (防火管理者)	防火管理者
------------------------	-------

②非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期	毎年2回 3月・9月
----------	------------

## 8 衛生管理等

①施設における石器、食器その他の設備又は飲用に供する水については衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講じます。

②施設内において感染症が発生し、または蔓延しないよう必要な措置を講じます。

③食中毒、感染症の発生を防止するための措置について、必要に応じて保健所の助言、指導を求め、密接な連携に努めます。

## 9 サービスに関する苦情

### 【弊社お客様相談窓口】

苦情相談窓口担当	施設長・総務担当者
受付日	月曜日～金曜日（ただし夏期休暇・年末年始休暇を除く）
受付時間	午前9：00～午後4：00

### 【その他】

那須塩原市	高齢福祉課	電話番号： 0287-62-7191
大田原市	高齢幸福課	電話番号： 0287-23-8865

栃木県国民健康保険団体連合会	介護福祉課 介護サービス担当	電話番号： 028-643-2220
----------------	-------------------	--------------------

10 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	なし
直近の実施日	なし
評価機関	なし
開示状況	なし

11 重要事項説明の年月日

重要事項説明書の説明年月日		年 月 日
【事業者】	所在地	栃木県那須塩原市扇町10-5
	法人名	那須ヘルスセンター株式会社
	代表社名	代表取締役
	事業所名	デイサービス・ファインド健康クラブ (指定番号 0971301411 )
	説明者氏名	印

上記事業者より本書の説明を受け、同意しました。

【ご利用者様】	住所	
	氏名	印
【代理人様】	住所	
	氏名	印 (続柄： )
	署名代行理由：	