

重要事項説明書

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口（午前8時30分～午後5時30分まで）

電話番号 047-311-7011

担当者 _____

2 デイサービス たんぽぽの家 の概要

(1) 施設の名称・所在地等

名称	デイサービス たんぽぽの家
所在地	千葉県松戸市六高台7-9
サービス	通所介護、通所型サービス
事業者番号	1271207340
送迎サービスを提供する対象地域	通所介護(松戸市、鎌ヶ谷市、柏市) 通所型サービス(松戸市、鎌ヶ谷市)

(2) 職員体制

職員		業務内容
管理者	1名	事業管理全般
生活相談員	1名以上	相談業務等
機能訓練指導員	2名以上	リハビリ等
看護師	1名以上	体調管理
介護職員	3名以上	介護全般
調理職員	1名以上	調理

(3) 事業所の設備等

定員	22名	静養室	2床
食堂兼機能訓練室	67.75 m ²	相談室	1室
浴室	一般浴槽	送迎車	2台

(4) 営業時間

月～土	午前8時30分～午後5時30分
-----	-----------------

(5) サービス提供時間

月～土	午前9時00分～午後4時30分
-----	-----------------

3 提供するサービス内容

- | | |
|--------|------------|
| ① 送迎 | ⑤ 生活相談 |
| ② 食事 | ⑥ レクリエーション |
| ③ 入浴 | ⑦ 時間延長サービス |
| ④ 機能訓練 | |

4 料金

(1) 基本料金

① 利用料 利用料 1日当り(総合事業対象者、要支援は1ヶ月当り)
(例) 単独型通常規模通所介護 利用時間8時間以上9時間未満の場合

	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
要介護度1	699円/1日	1,398円/1日	2,097円/1日
要介護度2	826円/1日	1,653円/1日	2,479円/1日
要介護度3	956円/1日	1,912円/1日	2,868円/1日
要介護度4	1,087円/1日	2,175円/1日	3,263円/1日
要介護度5	1,220円/1日	2,441円/1日	3,661円/1日
総合事業対象者(週1回)要支援1	1,878円/月	3,757円/月	5,636円/月
総合事業対象者(週2回)要支援2	3,783円/月	7,567円/月	11,351円/月

※ 負担割合証に2割と記入されている方は2割負担、3割と記載の場合は3割負担となります

※ 負担額には地域加算(5級地)が乗じます

② 加算料金(要介護の方、1日あたり1割負担の場合)

ア 個別機能訓練加算 (I)ロ	79円
イ 個別機能訓練加算 (II)	20円(月額)
ウ 入浴加算(I)	41円
エ 入浴加算(II)	57円
オ 時間延長サービス加算 (I)	52円
カ 時間延長サービス加算 (II)	104円
キ 時間延長サービス加算 (III)	156円
ク 時間延長サービス加算 (IV)	209円
ケ 中重度者ケア体制加算	47円
コ 送迎減算(片道)	-49円
サ 科学的介護推進体制加算	41円
シ 介護職員等処遇改善加算 (II)ロ※	

※基本サービスと加減算を加えた単位数に加算率を乗じた料金

③ 加算料金(総合事業対象者・要支援の方、1月あたり1割負担の場合)

ア 送迎減算(片道)	-49円(日額)
イ 科学的介護推進体制加算	41円/月
ウ 介護職員等処遇改善加算 (II)ロ※	

※基本サービスと加減算を加えた単位数に加算率を乗じた料金

(2) その他自己負担となるもの

① 朝食費	350円/1食	⑥ リハパン代	150円/1個
② 昼食費	650円/1食	⑦ 尿取パット代	100円/1個
③ おやつ代(飲料代含)	150円/1日	⑧ 洗濯代	300円/1回
④ 飲料代(注1)	100円/1日	⑨ バスタオル代	70円/1枚
⑤ 夕食費	650円/1食	⑩ フェイスタオル代	50円/1枚
		⑪ レクリエーション代(ご案内の上希望者のみ)	

(注1) おやつ時間前に帰宅された場合は飲料代のみ

お支払い方法は、口座引落としになりますが、現金集金をご希望の場合はお申し付けください。
毎月15日までに前月分の請求を致します。
現金の方は翌月末日以内にお支払い下さい。お支払い頂きますと、領収書を発行します。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

事前に介護支援専門員・地域包括支援センター職員とご相談頂き、介護支援専門員・地域包括支援センター職員よりサービスの提供依頼をお受けした後、契約を結び、サービスの提供を開始します。

(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
サービスの終了する日の1週間前までに、文書でお申し出下さい。
- ②事業者の都合でサービスを終了する場合
人員不足等止むを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知致します。
- ③自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。
・ご利用者様が、介護保険施設等に入所された場合
・ご利用者様の介護保険証の認定区分が非該当(自立)と認定された場合(事業対象者を除く)
・ご利用者様が、お亡くなりになった場合

④その他

- ・事業者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、ご利用者様に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または事業者が倒産した場合、ご利用者様は、文書で解約を通知することによって、直ちに、サービスを終了することができます。
- ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払を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、7日以内に支払わない場合、またはご利用者様あるいはご家族様等が事業者または職員に対して、本契約を継続し難い程の背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させて頂く場合がございます。

6 事業所の通所介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

利用者様が要介護状態となった場合においても、その利用者様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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減に努めます。日常生活支援総合事業においては、利用者の身体機能等の悪化を防ぎ、要介護状態への防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。また事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの連携を図りながら、サービスの提供に努めます。

(2) サービスの利用のために

項目	有無	備考
土曜・祝日実施	有	日曜日休業
時間の延長	有	時間については要相談
職員への研修	有	毎月1回の研修会議を実施
送迎	有	希望により実施
食事	有	朝食・昼食・夕食・おやつ
入浴	有	希望により実施
機能訓練	有	リハビリ等を実施
口腔機能向上	有	適切なサービスの実施

7 緊急時の対応

事業者は、現に通所介護等の提供を行っている時に、利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医・介護支援専門員・地域包括センター職員に連絡を取る等、必要な対応を講じます。

緊急連絡先	
家 族 等	氏名
	電話番号
主 治 医	電話番号
	病院名
	医師名
	住所
	電話番号

8 非常災害対策

非常災害に備えるため、避難体制を整え、年2回の避難訓練を行います。

- ・避難誘導担当 --- 生活相談員
- ・避難救助担当 --- 介護職員
- ・消火担当 --- 管理者、機能訓練指導員（最終確認含む）

9 サービス内容に関する苦情

通所介護に関する相談・要望・苦情等は、生活相談員または管理者まで申し出下さい。

① サービス相談窓口

電話番号：047-311-7011

FAX番号：047-384-1600

担当者：梅原 久仁子

② その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・松戸市福祉長寿部 介護保険課 給付班 電話 047-366-7067
- ・柏市保健福祉部 介護保険管理室 電話 04-7167-1134
- ・鎌ヶ谷市高齢者支援課 介護保険係 電話 047-445-1141

10 個人情報に関する同意

通所介護、通所型サービス契約時に必要な情報、介護給付に必要な情報、今後サービス継続に当り必要な情報等の共有を認めて頂きます。

- ① 契約に伴い、サービスに必要とされる利用者・介護者様の情報
- ② 介護給付に伴う請求上、必要となる情報
- ③ 緊急時、救急対応時に必要な情報
- ④ 介護機関へ必要となる情報の共有化
- ⑤ 医療上必要性があると判断した場合の医療機関との連携
- ⑥ 介護支援専門員・地域包括支援センター職員との連携上、必要な情報
- ⑦ 事業所内における、ケース検討会議での情報の共有化
(但し、事前に利用者または介護者様より了承頂いた上で使用)

重要事項の説明・個人情報に関する同意

令和 年 月 日

通所介護、通所型サービスのサービス提供開始に当り、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、「重要事項」「個人情報に関する同意」を説明致しました。

法人名 株式会社たんぼぼ介護サポートセンター
代表取締役 中川 貴矩 印

事業所 住所 デイサービスたんぼぼの家
松戸市六高台7-9

説明者 所属 通所介護、通所型サービス
氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護、通所型サービスについての「重要事項」「個人情報に関する同意」の説明を受けました。

利用者 住所
氏名 印

(代理人) 住所
氏名 印

家族 住所
氏名 印