

重要事項説明書

(介護予防・日常生活支援総合事業指定第一号事業)

利用者：_____様

事業者：愛友ケアデイサービス ひだまり_____

第一号通所事業重要事項説明書〔令和7年4月1日現在〕

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

愛友ケアデイサービス ひだまり

TEL 0743-75-1477

担当 山口 西尾

重要事項説明者

各市町村でも受け付けております。※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 デイサービスの概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

| | |
|----------|---|
| 事業所名 | 愛友ケアデイサービス ひだまり |
| 所在地 | 奈良県生駒市南田原町1036-1 |
| 介護保険指定番号 | 介護予防通所介護相当サービス (奈良県 2970900995号) |
| サービス提供地域 | 生駒市、奈良市西部、四条畷市一部、大東市一部 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください。 |

(2) 営業時間

| | |
|-------|-------------------|
| 月 ～ 土 | 午前 8:30 ～ 午後 5:30 |
|-------|-------------------|

(3) 職員体制

| | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 | 計 |
|-------|-------------|------|------|------|
| 管理者 | 社会福祉士 | 1名 | 0名 | 1名 |
| 生活相談員 | 社会福祉主事に順ずる | 2名 | 0名 | 2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・2級介護員 | 2名以上 | 3名以上 | 5名以上 |

3 サービス内容

介護予防通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、口腔機能向上、その他必要な介護等を行います。

4 利用料金

(1) 利用料（自己負担額：1割負担の場合）

| 区分 | 基本利用料 | | サービス提供体制加算 | 科学的介護推進体制加算 |
|---------------|-----------------------|----------------------|------------|-------------|
| 要支援1 事業対象者 | 1847円/月 (月5回以上の場合) | 448円/回 (月4回以下の場合) | 74円/月 | 41円/月 |
| 要支援2 | 3719円/月 (月9回以上の場合) | 459円/回 (月8回以下の場合) | 148円/月 | 41円/月 |

※地域区分(6級地)により1単位×10.27円

※介護職員処遇改善加算として利用総単位数×9.2%をいただきます。

※介護保険負担割合証の表記に従い、利用料のご負担になります。

※合計金額に若干の誤差が生じる場合があります。

○全額自己負担（介護保険適用外）

| | | | |
|-------|--------|---------|--------|
| 昼食 | 710円/食 | リハビリパンツ | 200円/枚 |
| おやつ | 130円/食 | パット | 100円/枚 |
| 教養娯楽費 | 120円/日 | | |

(2) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合の交通費。1kmにつき10円。

(3) キャンセル料金

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合、ご利用前日までにご連絡をいただければ無料です。
但し、連絡が無くキャンセルの場合、又当日キャンセルの場日はキャンセル料金710円をいただきます。

(連絡先: TEL0743-75-1477)

(4) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月19日までに当月分の料金を請求いたします。口座振替日は郵便局は20日、銀行は27日(土日祝日の場合は翌営業日)です。前日までにお届け口座へのご入金・残高のご確認をお願いいたします。

(5) 明細書・領収証の再発行について

再発行手数料として、1通につき100円いただきます。

(6) 請求書・領収証の受け渡しについて

基本的には利用者様の連絡ポーチに入れてお渡しいたします。利用者様のご都合で郵送を希望される場合は、郵送料のご負担をお願いいたします。

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。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。

(2) サービスの終了

① 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(以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します)

- ・ 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
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ 利用者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、利用者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、利用者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。
- ・ 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。
- ・ 悪天候時におきましては、ご利用者様の安全を第一に考慮しサービス提供時間の変更・休止を致します。

(3) 事故発生時の対応

利用者に対する介護予防通所介護のサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に係る地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。

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、地域包括支援センター等へ連絡をいたします。

| | | |
|------|--------|-----|
| 主治医 | 病院名 | |
| | 主治医氏名 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族① | 氏名（続柄） | （ ） |
| | 連絡先 | |
| ご家族② | 氏名（続柄） | （ ） |
| | 連絡先 | |

ご家族等に連絡が取れない場合、利用者様の緊急時の搬送先 ①阪奈中央病院 ②白庭病院 ③倉病院 ④その他

7 苦情申立窓口

| | |
|------------------------------|--|
| ご利用者ご相談窓口 (0743) 75-1477 | ご利用時間 午前 9 : 00 から午後 5 : 00 (担当) 山口 一郎 西尾里子 |
| 生駒市役所介護保険課 (0743) 74-1111 | ご利用時間 平日 午前 9 : 00 から午後 5 : 00 |

【 会社の概要 】

社名 株式会社アイユウ
 社員数 25名以上（非常勤含む）
 設立 平成9年5月
 所在地 奈良県生駒市小明町1057-14 池田ビル 3階
 代表者 代表取締役 池田 幸 広

【 事業内容 】

訪問介護事業／居宅介護支援事業／通所介護事業／介護タクシー／サービス付き高齢者向け住宅

【事業者】

奈良県生駒市小明町1057-14
 株式会社アイユウ
 代表取締役 池田 幸 広

印

【事業所】

奈良県生駒市南田原町1036-1
 愛友ケアデイサービス ひだまり （指定番号 2970900995 奈良県）

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 _____

署名代行者氏名 _____