

## 介護

# 重要事項說明書

## 利用者：

樣

事業者： デイサービス ファミーナ

## 通所介護重要事項說明書

令和7年 4月 1日

## 1 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	デイサービス ファミーナ
代表者名	鈴木 朝男
所在地・連絡先	(住所) 福島県会津若松市藤原一丁目5番地の30 (電話) 0242-24-8341 (FAX) 0242-24-8342

## 2 事業所の概要

### 1. 事業所の職員体制

	管理者		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		その他	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常 勤		1名		3名		1名	1名	3名		1名		
非常勤						1名		2名		2名	3名	1名
職務の内容	管理・事務		相談・介護		医療全般		介護全般		リハビリ		厨房 運転他	

### (2) 事業の実施地域

事業の実施地域	会津若松市（大戸町 湊町は除く）
---------	------------------

### (3) 営業日

営業日	営業時間
月曜日～金曜日 祝祭日	8時00分～17時30分
※土曜 日曜 及び 12/30～ 1/3迄は休業とさせて頂きます	サービス提供時間（9時15分～16時15分）

## 3 サービスの内容及び費用

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### ア サービス内容

食 事	オーダー方式：メニュー表より、それぞれ好きなメニューを利用日ごとに選んで頂きます。全て手作りで温かい食事を提供します。
入 浴	入浴または清拭を行います。ひのき風呂（個浴）にてゆっくり入浴して頂きます。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。
生活相談・指導	日常生活における悩み等について、利用時に相談を受付し不安感の解消や問題解決の為のアドバイスを行います。
健康チェック	各種レクリエーションや 趣味活動を実施します。
送 迎	血压測定等利用者の全身状態の把握を行います。 ご自宅から事業所までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

#### イ 費 用

介護保険の適用がある場合は、原則として利用者の負担割合に応じた額（1割～3割）が料金表

の負担額となります。その他、入浴介助を受けた場合も、負担割合に応じた額（1割～3割）が利用者負担となります。食事をされた場合、全額利用者自己負担の料金がかかります。

## 【 料金表 】

所要時間7時間以上8時間未満の場合

### ① デイサービス料金表

	1日当たりの利用料金			介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
	負担額1割の方	負担額2割の方	負担額3割の方	負担額1割の方	負担額2割の方	負担額3割の方
要介護1	6,580	13,160	19,740	658	1,316	1,974
要介護2	7,770	15,540	23,310	777	1,554	2,331
要介護3	9,000	18,000	27,000	900	1,800	2,700
要介護4	10,230	20,460	30,690	1,023	2,046	3,069
要介護5	11,480	22,960	34,440	1,148	2,296	3,444

### ② 入浴介助加算（I）

お客様の入浴を行った場合の加算となります。

介助浴1回当たり 400円

ただし、介護保険適用時の自己負担額は 1割の方 40円 2割の方 80円  
3割の方 120円 となります。

### ③ 科学的介護推進体制加算

ご利用者様の基本情報（心身機能状況等）を定期的に厚生労働省に提出し  
その情報を通所介護の適切かつ有効な提供に活用させて頂く加算となります。

基本料金1月につき 400円

ただし、介護保険適用時の自己負担額 1割の方 40円 2割の方 80円  
3割の方 120円 となります。

### ④ 介護職員処遇改善加算 III

雇用の安定及び優秀な人材確保・育成を目的とする加算となります。

介護報酬総単位数×8.0% となります。

### ⑤ 食費

1食当たり 780円 (全額自己負担)

食事サービスを受ける方は、自費が必要となります。

全て厨房にて手作り。オーダー方式にて好きなメニューを選んで頂く形を取っているため、  
食材費（おやつ代込） 及び 人件費 で算定しております。

#### ○ キャンセル規定

お休みされる場合、利用前日、若しくは利用当日、午前8時00分までご連絡ください。ご連絡頂いた場合、利用料は一切かかりません。連絡のない場合には、食費代の780円をご負担いただく場合がございますので、ご了承下さい。

連絡先 0242-24-8341

## (2) 料金等のお支払い方法

支払いは全て銀行（郵便局）引き落としとなります。

翌々月5日に引き落としになります。

初回手続きのみ2～3ヶ月かかりますのでご了承下さい。

## 4 事業所の特色等

### 運営方針

この事業は、利用者が居宅において、その能力に応じて、自立した日常生活を営むことが出来るよう必要な日常生活上の援助及びレクリエーション・趣味活動を行うことにより、利用者的心身機能の維持、更には利用者の家族の心身的及び精神負担の軽減を図ることを目的とし運営します。

## 5 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

通所介護計画に添った、サービスを提供いたします。

### 2. 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）

・ お客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。

・ 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、また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。

#### ○ 健康上の理由による中止

・ 風邪、病気等の際はサービスの提供を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。その場合は、ご家族様に連絡の上、適切に対応します。

- 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。その場合ご家族様に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて救急搬送等の必要な措置を講じます。
- 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。

## 6 サービス内容に関する苦情処理

苦情または相談があった場合は、ご利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、ご利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、ご利用者へ対応方法を含めた結果報告を行います。内容は全て記録・保管し今後に役立てます。

### その他の参考事項

指定通所介護支援等を進めて行くに当たり、利用者又はその家族の希望を考慮し、サービス内容の十分な説明と、それに対する同意を確認しながら援助を図り、常日頃から苦情がないような対応を心がけます。

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 ご利用時間 ご利用方法	船木 明日香 大竹 節子 8:00~17:30 電話 0242-24-8341 面接（当事業所内相談室）
-------------	-------------------------	---

## 7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医・救急隊・緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	( )
	住所	
	電話番号	

## 8 非常災害時の対応

防災時の対応	非常災害対応マニュアルにより適切な避難誘導を行います。
防災設備	非常火災警報装置等の設備が整備されています。
防災訓練	利用者避難訓練・職員の器具の取り扱い及び避難誘導・消火訓練を定期的に行います。
防災責任者	防災管理者 船木 明日香

## 9 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施等

当施設は、アンケート調査や意見箱など利用者様の意見等を把握する取り組みは行っておりませんが、提供するサービスの第三者評価の実施は行っておりません。

## 10 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際は、介護保険被保険者証を提示してください。  
事業所の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為・職員に対する著しい迷惑行為はご遠慮ください。
- 所持金・高価な私物（時計・メガネ・補聴器・指輪等）は、自己の責任で管理して下さい。事業所内の金銭のトラブル・高価な私物の紛失・破損に関しては、一切責任を負いませんのでご了承ください。
- 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
- 私たちデイサービススタッフは日頃より転倒防止のために見守りを行っておりますが、1対1のケアではありませんので100%防止できる保障はありません。転倒にはご利用者様の不注意による転倒もありますのでご理解お願い致します。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 会津若松市藤原一丁目5番地の30  
事業者名 デイサービスファミーナ  
代表者名 代表取締役 鈴木 朝男 印

説明者

職　名

氏　名

印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和　　年　　月　　日

利用者

住　所

氏　名

印

代理人

住　所

(選任した場合)

氏　名

印

続柄

立会人

住　所

(成年後見人等)

氏　名

印

続柄

連帯保証人

住　所

氏　名

印

続柄

※何らかの理由において契約者ご本人が直接困難な場合、代理人または立会人（成年後見人等の場合）記入での契約印で契約を交わしたこととする。

