

介護予防・日常生活支援総合事業

重要事項説明書

利用者： _____ 様

事業者： デイサービス ベルハウス _____



「介護予防・日常生活支援総合事業」重要事項説明書
介護予防通所介護に相当する第1号通所介護 契約書別紙（兼重要事項説明書）

（令和7年4月1日）

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（福島県指定 第0772500443号）

当事業所は、ご契約者に対して指定介護予防通所介護に相当する第1号通所介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1 事業者

名 称	デイサービス ベルハウス
代表者名	鈴木 朝男
所 在 地	福島県喜多方市字押切南2丁目79番地
電話番号	(0241) 21-8739
F A X	(0241) 21-8740

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		1		2	2	3		2		1
非常勤				1			1	1			2	1
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	喜多方市・会津坂下町・湯川村 北塩原村・会津若松市
---------	------------------------------

(3) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日、祝祭日
受 付 時 間	午前8時15分～午後5時30分
サービス提供時間	9時15分～16時15分

(4) 休日

毎週 土曜・日曜日・年末年始（ 12/30～翌月1/3 ）

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>

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。

<排泄>

お客様の状況に応じて適切な排泄介助を行います。

<生活相談>

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。

<教養娯楽>

年間を通じて各種行事、各種レクリエーションを実施します。

<健康チェック>

血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。なお、緊急時には、ご家族と連絡の上対応します。

<送迎>

お客様のご希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。

イ 費 用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の1割から3割が利用者の負担額となります。

その他、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。

<サービス利用料金> 【契約書第6条参照】

所要時間7時間以上8時間未満の場合

① デイサービス利用料金（※ 事業対象者の方は要支援1と同じ利用料金となります）

	1ヶ月当たりの 利用料金	介護保険適用時の 月当たりの 自己負担額（1割）	介護保険適用時の 月当たりの 自己負担額（2割）	介護保険適用時の 月当たりの 自己負担額（3 割）
要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

② 科学的介護推進体制加算

ご利用者様の基本情報(心身機能状態等)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。

③ 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・育成を目的として加算いたします。

介護報酬総単位数×8.0%となります。

④ 食費

1食当たり680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。

※生活保護の方は、1食当たり 500 円となります。

⑤ 日用品（オムツ代）

基本的に持参して頂くこととなりますが、万が一持参のオムツがなくなってしまう、

当施設のオムツを使用することになった場合は、下記の料金となります。

紙おむつ 紙パンツ 1枚 100 円 尿取りパット 1枚 30 円

当施設のオムツを使用した場合は、随時連絡帳に記載し、お知らせします

★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15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、一律680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> 0241-21-8739

(2) 料金等のお支払い方法

毎月10日までに前月分の請求を致します。25日までに、現金にて当施設にお支払い頂くか、銀行（郵便局）引き落としとなります。尚、現金をご持参の場合、朝の送迎時に、職員にお渡し下さい。

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、利用者の心身機能の維持、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

第1号通所事業サービス計画書に添った、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週間前までにお申し出下さい

②当事業所の都合でサービスの提供を終了させていただく場合がございます。

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了致します。

- ・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、さらに基本チェックリストが非該当と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合

④その他

- ・当事業所が正当な理由も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、当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって、即座にサービス終了することが出来ます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを2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20日以内に支払わない場合、お客様が入院もしくは、病気などにより、3ヶ月以上にわたって、利用できない状態であることが明らかになった場合、または、お客様や家族等が、当事業所やサービス職員に対してサービス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、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。

6 サービス内容に関する苦情処理

(1) 迅速かつ適切に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ①苦情があった場合は、直ちに担当者が相手方に連絡を取り直接訪問するなどして、詳しい事情を把握するとともに、該当職員からも事情を確認します。
- ②責任者が必要と判断した場合は、管理者を含めて検討会議を行います。
(検討会議を行わない場合でも、必ず管理者まで処理結果を報告する)
- ③検討の結果、翌日までに具体的な対応を行います。
- ④記録を台帳に保管し、今後に役立てます。

(2) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針

苦情内容に基づき、必要に応じて直接訪問するなどして、詳しい情報を把握。サービス事業者の担当者に苦情内容を通達し、一定の期限内で対応を求めます。
また、苦情処理の状況や結果報告の内容により不備が認められ、管理者が必要と認められた場合は、サービス事業者の担当者とともに検討会議を開催します。

(3) その他の参考事項

指定介護予防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、それに対しての同意を確認しながら援助を図り、常日頃から苦情が出ないような対応を心がけます。

<当事業所における苦情受付窓口>

苦情受付窓口	(職名) 生活相談員 安部 しずえ
受付時間	8:15 ~ 17:30
苦情解決責任者	(職名) 管理者 大堀 栄子
電話番号	0241-21-8739

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）、介護予防サービス・支援計画書を作成した地域包括支援センターまたは、居宅介護支援事業所等へ連絡をします。

主治医	病 院 名	
	所 在 地	
	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 大堀 栄子

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すが、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と居宅支援事業者が交付するサービス利用票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ください。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。

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、指定介護予防通所介護に相当する第1号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	喜多方市字押切南2丁目79番地		
	事業者名	デイサービス ベルハウス		
	代表者名	代表取締役	鈴木 朝男	印

説明者	職 名	生活相談員兼介護員		
	氏 名	安部	しずえ	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。

利用者	住 所	_____		
	氏 名	_____ 印		

代理人 (選任した場合)	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（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。

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。
なお、本書2通を作成し、利用者、家族（代理人）、説明者職氏名が記名捺印の上、各1通を保有するものとします。