

重要事項説明書

< 令和 年 月 日 現在 >

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 047-321-6812(午前9時～午後6時まで)
担当 田島 将太 * ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

2. 当施設の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	浦安リハビリ デイステーション 市役所前
所在地	千葉県浦安市海楽1-6-55-1階
介護保険指定番号	1273201408
サービスを提供する対象地域 *	浦安市、市川市にお住まいの方 《その他要相談》

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同センターの職員体制

	常勤	非常勤	計
通所介護・介護予防通所介護事業管理者	1名		1名
機能訓練指導員	2名以上		2名以上
生活相談員	1名以上	1名以上	2名以上
看護師	1名以上		1名以上
介護職員	1名以上	1名以上	2名以上

職員保持資格	常勤	非常勤	計
理学療法士		2名	2名
介護福祉士		1名	1名
社会福祉主事	3名		3名
はり師・きゅう師	3名		3名
看護師	1名	1名	2名

(3) 同センターの設備の概要

定員	24名	静養室	1室 約3.2㎡(1床)
休憩所兼機能訓練室	1室 約73.8㎡	相談室	1室 約1.7㎡
浴室	無し	送迎車	3台

(4) 営業時間

営業日	月～金曜日 午前9時～午後6時
定休日	土、日、年末年始

3. サービス内容

- ① 送迎 自宅または自宅付近から事業所まで、利用者の身体状況に応じた送迎を行います。
- ② 機能訓練 機能訓練指導員を配置し、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を提供します。
- ③ 生活相談 要介護度に対し、必要に応じた相談援助、社会福祉主事・介護福祉士等による介護指導等を日常業務として、提供します。

4. 料金

(1) 施設利用料

① 要介護の方		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1日あたりの利用料金 ^{※1} (自己負担額)		¥624	¥686	¥751	¥814	¥878
サービス単位 (A)	一日あたりの利用単位 (3時間以上4時間未満)	370単位	423単位	479単位	533単位	588単位
	個別機能訓練加算Ⅰ-ロ	1回につき 76単位				
	個別機能訓練加算Ⅱ	1月につき 20単位				
	科学的介護推進体制加算	1月につき 40単位				
	ADL維持等加算Ⅰ	1月につき 30単位				
(B)	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1月につき (A)×9.0%				
※2	口腔機能向上加算Ⅱ	月2回限度 160単位				
※3	地域区分 3級地	×10.68円				

※1. 1日あたりのご利用料金は月の回数により若干変動します。

なお、事業所が送迎を行わない場合、片道につき47単位減算します。

※2. 口腔機能向上加算Ⅱは(A)に属し、対象となる算定要件を満たした場合に算定するため、該当者へは別途ご案内します。

※3. 地域区分加算は(A)(B)それぞれに算定します。

② その他

上記の他、おむつ・パッド使用料金、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

※上記の施設利用料は1割負担の金額です。負担割合(2割・3割)に応じて自己負担は増額されます。

(2) キャンセル料

① 利用者のご都合でサービスを中止、休止する場合、下記の条件によりキャンセル料が発生します。

午前ご利用の場合	
○ ご利用日の前日の20時までにご連絡いただいた場合...	キャンセル料発生せず
× ご利用日の前日20時までにご連絡いただけなかった場合...	キャンセル料発生 ^{※1}
午後ご利用の場合	
○ ご利用日の当日午後1時までにご連絡いただいた場合...	キャンセル料発生せず
× ご利用日の当日午後1時までにご連絡いただけなかった場合...	キャンセル料発生 ^{※1}

※1 キャンセル料は、1日あたりのサービス利用料と同額とし、その都度いただきます。

但し、利用者の容態の急変など、緊急のやむを得ない事情がある場合はその限りではありません。

(3) 支払方法

お支払方法は、自動引落とし、現金支払いの2通りの中からご契約の際に選べます。毎月10日までに前月分のご請求をしますので、月末までにお支払いください。お支払確認後、領収証を発行します。

- ・自動引き落とし(契約者の指定する金融機関から、毎月27日に引き落とします)
- ・現金払い(毎月末日までに前月分をお支払い下さい)

※ 終了後に現金書留(書留手数料は利用者負担となります)でのお支払いをお願いする場合があります。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者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週間前までにお申し出下さい。

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、サービスの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ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者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利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・ 利用者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、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ 以下の事由が生じた際に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いただく場合があります。
 1. 利用者がサービス利用料金の支払いを1か月以上遅延し、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
 2. 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
 3. 利用者が入院もしくは病気等により、1か月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
 4. 利用者またはその家族などが当事業者や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(介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体的暴力(たたく等)・精神的暴力(大声を発する、怒鳴る等)・セクシャルハラスメント(必要もなく手や腕をさわる等)のハラスメント行為を含む)を行なった場合

6. 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 運営の方針

※ 利用者皆様の日常生活に密着した、リハビリテーションサービスをご提供させていただきます。
それぞれのニーズに合わせて、介護目標、個別機能訓練計画を立て、目標に向かって、
個々のペースで機能訓練出来る体制を整えております。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	有	
時間延長の可否	無	
従業員への研修の実施	有	週1回実施しています
サービスマニュアルの作成	有	
第三者評価の実施状況	無	

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡 個別にご連絡させていただきます。
- ・体調確認 到着時に直ちにバイタルチェックを行います。
- | | | | | |
|---|-------------|---|-------|------------------------|
| } | ・体調不良等による | } | | マニュアルに基づいて対応させていただきます。 |
| | ・サービスの中止・変更 | | | 事前にご連絡いただければ費用はかかりません。 |
- ・設備、器具の利用 備付の設備、器具は自由に使用していただき、別途費用のかかるものをご利用いただいた場合は、その都度ご請求させていただきます。

7. 非常災害対策

- ・防災時の対応 消防計画及び緊急時対策マニュアルに基づき対応する。
- ・防災訓練 年2回実施している。
- ・防火責任者 榎本 薫

8. サービス内容に関する苦情

① 当事業所ご利用者様によるご相談および苦情担当は下記にて承ります。
 担当 田島 将太 電話:047-321-6812

② その他
当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口、千葉県国民健康保険連合会等に
苦情を伝えることができます。
 浦安市介護保険課 電話:047-351-1111
 千葉県国民健康保険連合会 苦情処理係 電話:043-254-7428

9. 当社の概要

名称・法人種別	株式会社ONE-TO-ONE
代表者役職・氏名	代表取締役 栗山 圭吾
本部所在地	千葉県浦安市富岡4-3-10
電話番号	047-382-3101
定款の目的に定めた事業	1、通所介護・介護予防通所介護 2、居宅介護支援事業 3、在宅リハビリ・マッサージ 4、訪問看護ステーション

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者
 所在地 千葉県浦安市海楽1-6-55-1階
 名称 浦安リハビリ デイステーション 市役所前
 説明者

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者
 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____

(代理人)
 住所 _____

氏名 _____ 印 _____