

通所介護重要事項説明書(要介護・予防通所介護)

<令和6年12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窓口

電話 0859-54-5156(午前8:30～午後5:30)

担当 中原 哲(管理者)

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. サンライズデイサービスセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	サンライズデイサービスセンター	
所在地	鳥取県西伯郡大山町富長848-1	
介護保険指定番号	通所介護・予防通所介護	3171500832
サービスを提供する対象地域*	大山町全域	

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

* 当事業所は、サービス付き高齢者向け住宅 サンライズハウスに併設されています。

(2) 同センターの職員体制

			業務内容
管理者		1名	業務の管理、通所介護計画策定及びサービス調整
生活相談員		1名以上	ご利用者の介護、相談
介護職員		1名以上	ご利用者の介護

(3) 同センターの設備の概要

- ・ 定員 10名
- ・ 食堂兼機能訓練室 1室 72.48㎡
- ・ 静養室 1室 12.25㎡
- ・ 浴室 1室 介護浴槽があります。
- ・ 相談室 有
- ・ 送迎車 1台

(4) 営業日及び営業時間

月曜日～土曜日	営業時間午前8:30～午後5:30 ・ サービス提供時間午前9:00～午後4:00
日・祝祭日休業	12月30日～1月3日 ・ 8月14日～8月15日は休業致します

* 緊急連絡先 0859-54-5156

3. サービス内容

- ① 送迎 ご利用者様の希望により、ご自宅と事業者間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。
- ② 食事 居宅サービス計画において、食事の提供が予定されている方にかぎります。
 ・当事業所では、栄養並びにご利用者様の身体の状況を考慮した食事を提供いたします。
 ・食事時間 昼食 12:00～13:00
- ③ 入浴 入浴又は清拭を行います。車椅子の方でも、介助での入浴が可能な方はご使用いただけます。
- ④ 排泄 ご利用者様の排泄の介助を行います。
- ⑤ 機能訓練 ご利用者様の機能訓練を行います。

4. 料金

(1) 利用料金

① 介護予防通所介護相当サービス+利

	利用料金	介護保険適用時の自己負担額	
		1割負担	2割負担
要支援1	1週当たりの回数を定める場合	1,798円/月	3,596円/月
要支援2	1週当たりの回数を定める場合	3,621円/月	7,242円/月
要支援1	一月当たりの回数を定める場合	436円/回	872円/回
要支援2	一月当たりの回数を定める場合	447円/回	894円/回

② 通所介護利用料(日額)

要介護度	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額	
3時間以上4時間未満			
		1割負担	2割負担
要介護 1	4,160円	416円	832円
要介護 2	4,780円	478円	956円
要介護 3	5,400円	540円	1,080円
要介護 4	6,000円	600円	1,200円
要介護 5	6,630円	663円	1,326円
4時間以上5時間未満			
		1割負担	2割負担
要介護 1	4,360円	436円	872円
要介護 2	5,010円	501円	1,002円
要介護 3	5,660円	566円	1,132円
要介護 4	6,290円	629円	1,258円
要介護 5	6,950円	695円	1,390円
5時間以上6時間未満			
		1割負担	2割負担
要介護 1	6,570円	657円	1,314円
要介護 2	7,760円	776円	1,552円
要介護 3	8,960円	896円	1,792円
要介護 4	10,130円	1,013円	2,026円
要介護 5	11,340円	1,134円	2,268円
6時間以上7時間未満			
		1割負担	2割負担
要介護 1	6,780円	678円	1,356円
要介護 2	8,010円	801円	1,602円
要介護 3	9,250円	925円	1,850円
要介護 4	10,490円	1,049円	2,098円
要介護 5	11,720円	1,172円	2,344円

7時間以上8時間未満

		1割負担	2割負担
要介護 1	7,530円	753円	1,506円
要介護 2	8,900円	890円	1,780円
要介護 3	10,320円	1,032円	2,064円
要介護 4	11,720円	1,172円	2,344円
要介護 5	13,120円	1,312円	2,624円

③ 入浴代 40円/回

④ 運動器機能向上加算 225円/月

⑤ 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ 56円/回

⑥ 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)
 《(基本サービス費+各種加算)×8.0%》

⑦ ADL維持等加算 30円/月

⑧ 科学的介護推進体制加算 40円/月

⑧ サービス提供体制強化加算Ⅲ
 要介護1~5 6円/回
 要支援1 24円/月
 要支援2 48円/月

⑨ 昼食代
 1食あたり700円(自己負担) 介護保険の適用外となります。

※別途 おやつ代 150円(自己負担)

⑩ その他

上記の他、くもん学習療法、おむつ代、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。

⑪ 事務手数料 300円/月

(3) 支払方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、30日以内にお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、口座自動振替、振り込み、現金集金のいずれかでお支払いください。

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。当事業所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 ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当事業所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。

- ・ ご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ご利用者様の要介護予防通所介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・ ご利用者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、ご利用者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30日以内に支払わない場合、ご利用者様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、ご利用者様が入院もしくは病気等により、3ヶ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、またはご利用者様やご家族などが当事業所や当事業所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、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6. 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- 1 通所介護の事業は、利用者が要支援又は要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた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をはかります。
- 2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めます。
- 3 センターの運営にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

7. 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、事前のうらあわせにより、主治医、救急隊、親族に連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

協力医療機関

(入院設備あり)

施設名

キマチ・リハビリテーション医院

来海 秀和

所在地

鳥取県西伯郡大山町富長755-5

8. 個人情報の保持

- 1 事業者、介護支援専門員および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。
- 3 事業者は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

9. サービス内容に関する苦情

① 当センターご利用者相談・苦情担当

担当 中原 哲 (責任者) 電話 0859-54-5156
山根 陽子
サンライズハウス事務室

② その他

当事業者以外に苦情を伝えることができます。

大山町地域包括支援センター

電話 0859-54-5207

10. 当事業所の概要

名称・法人種別	医療法人社団キマチ外科・整形外科医院
代表者役職・氏名	理事長 金子 祥子
本部所在地・電話番号	鳥取県西伯郡大山町富長755-5
定款の目的に定めた事業	1、診療所 2、介護老人保健施設 3、認知症対応型共同生活介護 4、小規模多機能型居宅介護 5、サービス付き高齢者向け住宅 6、通所介護

----- 契約をする場合は以下の確認をすること -----

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 鳥取県西伯郡大山町富長848-1

名称 サンライズデイサービスセンター

管理者 所属 サンライズデイサービスセンター

氏名 中原 哲 印

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

(代理人) 住所

氏名 印