

重要事項説明書

(地域密着型通所介護サービス・介護予防通所サービス)

令和7年 10月 1日現在

あなたに対する通所介護サービス・介護予防通所介護サービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	株式会社 さるびあ
事業者の所在地	愛知県安城市二本木新町1丁目15-5
代表者名	大橋 真里
電話番号	(0566) 78-3393

2 ご利用施設

施設の名称	デイサービスさるびあ
施設の所在地	愛知県安城市二本木新町1丁目15-5
管理者名	大山 奈緒美
電話番号	(0566) 78-3393
ファクシミリ番号	(0566) 78-6735

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者が地域・家庭において心身ともに豊かで自立した社会生活を営む事ができるよう、関係の諸機関、団体等と連携・協働して各種のサービスを提供するとともに、地域にある福祉サービス機関として、地域高齢者福祉の向上に貢献する事を目的とする。
施設運営の方針	利用者が可能なかぎり、その居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営む事ができるよう、さらに利用者の社会的孤独感の解消、心身機能の維持、ならびに家族の身体的・精神的負担の軽減を図る為に、必要な日常生活上の援助および機能訓練等の介護その他必要な援助を、利用者の選択に基づき行う。

4 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地		300 m ²
建物	構造	軽量鉄骨造
	延べ床面積	180 m ²

(2) 設備の概要

定員	18名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室 69.5 m ²	相談室	1室
浴室	小浴槽	送迎車	4台

5 職員体制（主たる職員）

従業者の職種		常勤	非常勤	主な職務内容
管 理 者		1		通所介護サービス（介護予防サービス）業務の総括
生 活 相 談 員		3		ご利用者の相談指導
機能訓練指導員 看 護 師		0	3	ご利用者の機能訓練指導及び健康チェック・管理（機能訓練指導員と看護師を兼務）
介護職員	介 護 福 祉 士	3	1	ご利用者の食事・入浴・排泄等の介助
	1、2 級修了者	0	3	
	そ の 他			

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管 理 者	正規の勤務時間（8：30～17：30）常勤で勤務	4 週 8 休
生 活 相 談 員	正規の勤務時間（8：30～17：30）常勤で勤務	4 週 8 休
介 護 職 員	正規の勤務時間（8：30～17：30）常勤・パートで勤務	原則 4 週 8 休
機能訓練指導員 看 護 師	利用者提供時間（9：30～15：40）の時間内で 2 時間週 3～4 回非常勤 1 名が勤務	

7 営業日

営業日	月曜日～土曜日（12 月 29 日～1 月 3 日までを除く）
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
サービス提供時間	午前 9 時 30 分～午後 3 時 40 分

8 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	食事時間 12：00～13：00 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。 食事のサービスの利用は任意です。
入 浴	入浴又は清拭を行います。 入浴のサービス利用は任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	機能訓練指導員により利用者の身体状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
生 活 指 導	利用者の生活面での指導・援助を行います。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。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎サービスの利用は任意です。
事業の実施地域	安城市

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容
おむつの提供	利用者のご希望に応じて提供します。
食 材 の 提 供	職員による食材の検収により、新鮮で安価な食材を提供します。
レクリエーション	施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。

9 介護料金、実費料金

(1) 介護料金

① 通所介護利用料 (要介護度に応じ介護料金の1～3割をお支払いいただきます。)

介護度	1日あたりの利用料金	加 算
	所要時間 6 時間以上 7 時間未満	入浴加算 40 単位
要介護 1	678 単位	個別機能訓練 (Ⅰ) イ 56 単位 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)18 単位 口腔ケア機能向上加算 (Ⅰ) 150 単位 (月に 2 回まで算定) 若年性認知症加算 60 単位 介護職員処遇改善新加算(Ⅰ)9.2%
要介護 2	801 単位	
要介護 3	925 単位	
要介護 4	1049 単位	
要介護 5	1172 単位	

② 介護予防利用料 (要介護度に応じ介護料金の1～3割をお支払いいただきます。)

介護度	1月あたりの利用料金	加 算
	所要時間 6 時間以上 7 時間未満	
要支援 1	1,798 単位	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)18 単位 口腔ケア機能向上加算 (Ⅰ) 150 単位 (月に 2 回まで算定) 若年性認知症加算 60 単位 介護職員処遇改善新加算(Ⅰ)9.2%
要支援 2	3,621 単位	

利用料金は、総単位数に地域単価（1単位＝10.27円）を乗じた額の概ね1～3割と、総単位数に介護職員処遇新加算Ⅰの9.2%乗じた額となります。

(2) 実費料金

- ・ 食材費（おやつ代含）700円
- ・ 日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担すべき費用は、実費を徴収する（レクリエーション費（必要時のみ）外出レク時の入園料等）
- ・ おむつ、尿とりパット代 実費
- ・ 有償お泊り 5,000円

- ・夕食 600 円
 - ・朝食 400 円
 - ・有償延長利用サービス 18：00 まで（食事代別）1,000 円
- ※希望によりサービス提供時間を超えて行った通所介護の費用は、30 分あたり 500 円

(2) キャンセル料

- ① 基本、徴収は致しませんが、利用者がサービスの利用を中止する際には、当日の 8 時 00 分～8 時 30 分までに所定の連絡先までご連絡ください。
- 連絡先（電話番号） 0566-78-3393

10 料金の支払いについて

毎月翌月 20 日までに当月の利用料等の請求書を送付いたします。請求書には介護給付対象の内訳、介護保険給付対象外の内訳を明記させていただきます。

利用料金は、翌月 27 日に自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月 1 回引き落とします。）とさせていただきます。

料金の支払いの確認後領収書を発送いたします。領収書には介護給付対象の内訳、介護保険給付対象外の内訳を明記させていただきます。

11 苦情等申立先

当施設ご利用者相談室	窓口担当者 大山 奈緒美 ご利用時間 月～土 午前 9 時 30 分～午後 3 時 40 分 ご利用方法 電話 (0566) 78-3393 面接 随時実施 苦情箱 (玄関に設置)
国保連合会苦情窓口	電話 (052) 971-4165
安城市役所福祉部高齢福祉課 介護保険係	電話 (0566) 71-2290

12 苦情処理等の手順

① 【苦情の受付】

- 苦情受付担当者は、利用者・家族等からの苦情を随時受け付ける。
 - ・苦情の内容の整理
 - ・申出人の意向（苦情解決の方法）の確認
 - ・第三者委員会への報告及び話し合いへの立ち合いの要否
- 第三者委員が直接受け付ける事も出来る。

② 【苦情受付の報告・確認】

- 苦情受付担当者は、苦情を解決責任者及び第三者委員に報告する。
（申出人が希望しない場合は、第三者委員への報告は行わない。）
- 第三者委員は、申出人へ、苦情の報告を受けたことを連絡する。
- 匿名の苦情も、苦情解決責任者・第三者委員に報告し、必要な対応を行う。

③ 【話し合い・解決案の調整】

- 苦情解決責任者は、事実確認等を行い、申出人との話し合いにより解決を図る。
- 必要に応じて、第三者委員の立ち合いを要請する事が出来る。

④ 【苦情対応の記録・確認】

- 苦情受付担当者は、苦情受付から解決、改善までの経過について書面に記録する。
- 苦情解決責任者は、改善を約束した事項について一定期間経過後、申出人と

第三者委員に報告する。

⑤【公表】

- ・解決の結果を実績の有無に関係なく、個人情報に関するものを除き、事業報告書や広報誌等の実績を掲載し、公表する。

13 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	近隣の方に避難訓練に参加して頂き非常災害の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める消防計画にのっとり、年2回避難訓練を行います。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	避難口誘導灯	2箇所	消火器	3か所

14 当施設ご利用の際に留意いただく事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護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。
- 施設内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。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 高額な所持品、現金はお持ちにならないよう願います。
- 施設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ください。

15 第三者評価は行っておりません。

16 事故発生時の対応に於いては、当社における「事故発生時の対応マニュアルに沿って迅速に対応し、市への報告が必要な事故などに対しては速やかに報告を致します。

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 愛知県安城市二本木新町1丁目15-5
事 業 者 株式会社 さるびあ
代表者名 代表取締役 大橋 真里 印

説明者 職名 デイサービスさるびあ
氏名 相談員 平塚 景子 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 _____

氏名 _____ 印 続き柄 _____