

# 重要事項説明書

＜ 2025年 8月 現在＞

## 1. 株式会社ライフマネージャーズ

### (1) 日吉デイサービスセンターの概要

|             |                                |
|-------------|--------------------------------|
| 名称          | 株式会社ライフマネージャーズ<br>日吉デイサービスセンター |
| 代表取締役       | 藤本 顕久                          |
| 所在地         | 愛知県新城市日吉字広畑30-1                |
| 電話番号        | 0536-24-3250                   |
| 介護保険指定事業所番号 | 第2374000616号                   |
| 提供可能サービス    | 通所介護、第一号通所事業                   |
| 管理者         | 牧野 雅章                          |
| サービス提供地域    | 新城市 豊橋市<br>＊送迎については距離に制限があります。 |

### (2) 営業時間

月曜日～土曜日 午前8:30～午後5:30

サービス提供時間 午前9:20～午後4:30

定休日 毎週日曜日、8月13日～15日、12月31日～1月3日

### (3) 職員体制

当事業所の主職員体制は、次のとおりです。

| 職種      | 人員（常勤） | 人員（非常勤）  |
|---------|--------|----------|
| 管理者     | 兼務1名   | 0名       |
| 生活相談員   | 兼務3名   | 兼務1名     |
| 介護職員    | 兼務5名   | 専従4名兼務2名 |
| 看護職員    | 兼務1名   | 兼務1名     |
| 機能訓練指導員 | 兼務1名   | 兼務1名     |
| 調理員     | 0名     | 兼務2名     |
| その他事務員等 | 0名     | 専従0名     |

### (4) 相談、要望、苦情の窓口

デイサービスに関する相談、要望、苦情等は下記相談窓口までお申し出下さい。

＊ご不明な点は、なんでもおたずねください。

＜相談時間8時30分～17時30分＞

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| 日吉デイサービスセンター | 電話番号 0536-24-3250 |
| 窓口責任者 牧野 雅章  | FAX 0536-24-3251  |

公的機関においても苦情申し出などができます。

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| 新城市 市民福祉部 長寿課  | 電話番号 0536-23-7688 |
| 東三河広域連合 介護保険課  | 電話番号 0532-26-8471 |
| 愛知県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 052-971-4165 |

(5) 利用料金

新城市は地域区分が 7 級地である為、所定単位数（利用者負担金 1 割）に 10.14 円を乗じた金額の 1 割～3 割が自己負担となります。

① 基本料金（通所介護） 1 日の料金となっています

| 要介護度        | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4    | 要介護 5    |
|-------------|---------|---------|---------|----------|----------|
| 利用料金        | 6,580 円 | 7,770 円 | 9,000 円 | 10,230 円 | 11,480 円 |
| 利用者負担金(1 割) | 658 円   | 777 円   | 900 円   | 1,023 円  | 1,148 円  |
| 利用者負担金(2 割) | 1,316 円 | 1,554 円 | 1,800 円 | 2,046 円  | 2,296 円  |
| 利用者負担金(3 割) | 1,974 円 | 2,331 円 | 2,700 円 | 3,069 円  | 3,444 円  |

② 介護保険法に基づく加算分（通所介護） 1 日の料金となっています

|             | 入浴介助加算Ⅰ        | サービス提供<br>体制強化加算Ⅲ | 個別機能訓練<br>加算Ⅰ 1 |
|-------------|----------------|-------------------|-----------------|
| 利用料金        | 400 円          | 60 円              | 560 円           |
| 利用者負担金(1 割) | 40 円           | 6 円               | 56 円            |
| 利用者負担金(2 割) | 80 円           | 12 円              | 112 円           |
| 利用者負担金(3 割) | 120 円          | 18 円              | 168 円           |
| 利用料金        | 介護職員等処遇改善加算Ⅱ   |                   |                 |
|             | 介護報酬総単位数の 9.0% |                   |                 |

③基本料金（第一号通所事業） 1 ヶ月の料金となっています

| 要介護度        | （事業対象者）要支援 1 | 要支援 2     |
|-------------|--------------|-----------|
| 利用料金        | 17,980 円     | 36,2100 円 |
| 利用者負担金（1 割） | 1,798 円      | 3,621 円   |
| 利用者負担金（2 割） | 3,596 円      | 7,242 円   |
| 利用者負担金（3 割） | 5,394 円      | 10,863 円  |

④ 介護保険法に基づく加算分（第一号通所事業） 1 ヶ月の料金となっています

|               | サービス提供体制強化加算Ⅲ<br>(事業対象者) 要支援 1 | サービス提供体制強化加算Ⅲ<br>(事業対象者) 要支援 2 |
|---------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 利用料金          | 240 円                          | 480 円                          |
| 利用者負担金( 1 割)  | 24 円                           | 48 円                           |
| 利用者負担金( 2 割)  | 48 円                           | 96 円                           |
| 利用者負担金( 3 割)  | 72 円                           | 144 円                          |
|               | 生活機能向上グループ活動加算                 |                                |
| 利用料金          | 1, 000 円                       |                                |
| 利用者負担金 ( 1 割) | 100 円                          |                                |
| 利用者負担金 ( 2 割) | 200 円                          |                                |
| 利用者負担金 ( 3 割) | 300 円                          |                                |
|               | 介護職員等処遇改善加算Ⅱ                   |                                |
| 利用料金          | 介護報酬総単位数の 9 . 0 %              |                                |

## ⑤利用者負担料金

| 利用者負担金 | 食事料金（おやつ代含む） |         | 紙オムツ代  |
|--------|--------------|---------|--------|
|        | 700 円        |         | 200 円  |
|        | リハビリパンツ代     | 尿とりパット代 | レク企画実費 |
|        | 150 円        | 50 円    | 実費     |

### 2. 料金支払方法

- ①料金の支払の方法は、原則として、口座自動引き落とし方式ですが、ご都合のわるい方は、ご相談させていただきます。
- ②利用月末日までの利用料等の請求書は、翌月の20日までに送付致します。
- ③口座自動引き落としは、原則として翌月の27日に指定口座より引き落としさせていただきます。尚、当該金融機関が休業日の場合はその翌日となります。
- ④領収証は、翌月の利用料請求書の送付時に同封してお送りいたします。

### 3. サービスの利用方法

#### （1）サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、個別計画を作成し、サービスの提供を開始します。

#### （2）サービスの終了

- ①利用者の都合でサービスを終了される場合は、サービスの終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出ください。
- ②事業者のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書でお知らせ致します。
- ③次の各事項に該当することとなった場合は、自動的にサービスの提供を終了いたします。
  - イ. 利用者が介護保険施設に入所した場合
  - ロ. 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
  - ハ. 利用者が死亡もしくは被保険者資格を喪失した場合
- ④ その他

- イ. 事業者が、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、利用者や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、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。
- ロ. 利用者が、サービス利用料金の支払を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、10日以内に支払われない場合、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された場合、又、利用者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、利用者や家族が事業者や当事業所の職員に対してこの契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、事業者は文書で通知することにより、即座にサービスの提供を終了することができます。

### 4. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施は行っておりません。

## 5. 事故発生時の対応

- ① 利用中に事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者様等に連絡を行うと共に、必要に応じた措置を講じます。
- ② 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 6. サービス提供にあたっての留意事項

### (1) 送迎時間の連絡

お約束の送迎の時間が、道路事情等により若干前後することがございます。どうぞご了承ください。

### (2) 体調確認

来所時に健康チェックを行います。

### (3) 体調不良等によるサービスの中止、変更

当事業所は福祉施設ですので、医療対応は応急的なことしかできません。体調不良の場合でサービスの提供が困難であると当事業所が判断した場合は、利用を中止していただく場合があります。

### (4) 連絡事項

主治医よりの注意事項や、体調の変化などがある場合は必ずご連絡ください。

### (5) 相談

介護のことなどでお悩みのこと、お困りのこと、ご心配なことがありましたらお気軽にご相談ください。

### (6) その他

ご利用時、多額の金銭や貴重品はご持参なさらずようご注意ください。又、利用者間の金銭・物品の貸し借り、食べ物のやりとりはご遠慮ください。更に、施設内での政治活動、宗教活動、物品の販売等の行為は厳禁いたします。尚、利用者及びその家族からの心づけは、堅くお断りいたします。

## 7. 緊急時の対応方法

- (1) サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、主治医へ連絡するとともに、ご家族への連絡等、必要な対応を迅速におこないます。

|      |       |
|------|-------|
| 病院名  | (診療科) |
| 住所   | 〒     |
| 電話番号 |       |
| 主治医  |       |

|       |   |
|-------|---|
| 第1連絡先 |   |
| 住所    | 〒 |
| 電話番号  |   |
| 続柄    |   |

|       |   |
|-------|---|
| 第2連絡先 |   |
| 住所    | 〒 |
| 電話番号  |   |
| 続柄    |   |

年 月 日

通所介護・第一号通所事業の提供の開始にあたり、利用者に対して（契約書および）本書面に基づいて、重要事項を説明致しました。

事業所 (指定事業所番号 愛知県 第2374000616号)

<住 所> 愛知県新城市日吉字広畑30-1

<名 称> 日吉デイサービスセンター

説明者 <氏 名> 印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護、第一号通所事業についての重要事項の説明を受け、ここに同意します。

利用者 <住 所>

<氏 名> 印

上記代理人 (本人との続柄 )

<住 所>

<氏 名> 印