

重要事項説明書

(通所型市基準サービス及び
通所型現行相当サービス)

事業者： デイサービスふく福

通所型市基準サービス及び通所型現行相当サービス 重要事項説明書

1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

事業所名：デイサービスふく福

TEL：042-300-4501

担当 三原 英嗣

重要事項説明者 三原 英嗣

各市区町村でも受け付けております。※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

小金井市窓口	小金井市役所 介護福祉課 高齢福祉係
所在地	東京都小金井市本町6-6-3
電話番号	042-387-9843

東京都窓口	東京都国民健康保険団体連合会 介護相談窓口
所在地	東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階
電話番号	03-6238-0177

2 ふく福の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	デイサービスふく福
所在地	東京都小金井市貫井北町1-6-16
介護保険指定番号	通所型市基準サービス及び通所型現行相当サービス(1374101044)
サービス提供地域	小金井市

(2) 営業時間

受付時間	午前8:30 ~ 午後17:30
サービス提供時間	午前9:30 ~ 午後16:40

(3) 職員体制

管理者・・・・・・・・1名

生活相談員・・・・1名以上

看護職員・・・・1名以上

機能訓練指導員・・1名以上

介護職員・・・・2名以上

(4) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

3 サービス内容

通所型サービス計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、口腔機能向上、アクティビティーその他必要な介護等を行います。

4 利用料金

(1) 利用料

通所型市基準サービス (1月につき)

	要支援1		要支援2		
単位数	1,579単位		3,239単位		
	16,863円		34,592円		
1割負担金額	1,687円		3,460円		
2割負担金額	3,373円		6,919円		
3割負担金額	5,059円		10,378円		
加算項目	単位数	金額	1割負担	2割負担	3割負担
運動機能向上加算	225 単位	2,403 円	241 円	481 円	721 円
若年性認知症受入加算	240 単位	2,563 円	257 円	513 円	769 円
科学的介護推進体制加算	40 単位	427 円	42 円	85 円	128 円
口腔栄養スクリーニング加算 I (6月に一回)	20 単位	213 円	22 円	43 円	64 円
介護員処遇改善加算 I	所定単位数の 59/1000 を加算				
介護職員等ベースアップ等加算	所定単位数の 11/1000 を加算				

・通所型現行相当サービス (1月につき)

	要支援1		要支援2		
単位数	1,672単位		3,428単位		
	17,856円		36,611円		
1割負担金額	1,786円		3,662円		
2割負担金額	3,572円		7,323円		
3割負担金額	5,357円		10,984円		
加算項目	単位数	金額	1割負担	2割負担	3割負担
運動機能向上加算	225 単位	2,403 円	241 円	481 円	721 円
若年性認知症受入加算	240 単位	2,563 円	257 円	513 円	769 円
科学的介護推進体制加算	40 単位	427 円	42 円	85 円	128 円
口腔栄養スクリーニング加算 I (6月に一回)	20 単位	213 円	22 円	43 円	64 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	24 単位 (要支援1)	256 円	26 円	52 円	77 円
	48 単位 (要支援2)	512 円	52 円	103 円	154 円
介護員処遇改善加算 I	所定単位数の 59/1000 を加算				
介護職員等ベースアップ等加算	所定単位数の 11/1000 を加算				

法定代理受領の場合は、上記金額の1割(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担率による)。一定以上の所得のある方については、介護サービス利用時の利用者負担割合が、2割及び3割(負担割合は、各利用者の介護保険負担割合証参照)となります。

- ※ 「通所型市基準サービス」「通所型現行相当サービス」の介護報酬が適用されています。
- ※ 上記利用料金は1月あたりの金額(単位)です。
- ※ 介護職員処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等加算は所得単位数によって変動いたします。
- ※ 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

介護保険給付対象外サービスの利用料

- 自費をいただくもの(介護保険適用外)

食材料費用	昼食 (660 円) おやつ (110 円)	770 円
レクリエーション材料費	実 費	
オムツ・パット	110 円	
その他日常生活費	歯ブラシ等	実 費
複写物	一枚につき	33 円
延長利用 (16:40~18:00)	1 回につき	1,650 円
入浴料(通所型サービス A)	1 回につき	550 円

(2) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合の交通費。1 kmにつき 55 円。

(3) キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先：デイサービスふく福 TEL042-300-4501)

① 利用日の前営業日の 17 時 30 分までにご連絡いただいた場合	無 料
② 利用日の当日の 8 時 30 分までにご連絡いただいた場合	770 円
③ 利用日の当日の 8 時 30 分までにご連絡いただかなかった場合	1,870 円

(4) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月 15 日までに当月分の料金を請求いたしますので、

口座振替(振替日 27 日)のご利用をお願いいたします(手数料別途 180 円)。

現金または当社指定口座振込みの方は請求月の末日までにお支払いをお願いいたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。契約を結ぶとともに、通所型サービス介護計画を作成し、サービス提供を開始します。

※居宅介護支援事業所に居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①お客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ください。

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、終了の 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終了します)

①お客様が介護保険施設等に入所した場合

②介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕または要介護と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

③お客様が亡くなられた場合

(4) 当社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、お客様や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、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解除することができます。

(5) お客様が、サービス利用料金の支払いを 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10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社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、当社から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) 風邪、病気等の際は、サービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- (7) 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- (8) ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- (9) 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症等）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

6 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、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

8 事故発生時の対応方法

サービスの提供中に利用者に事故が発生した場合は、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

7 第三者評価の実施状況

令和4年度の第三者評価は未実施になります。

【会社概要】

社名	株式会社サンプラス
資本金	1,000万円
設立	昭和56年3月27日
所在地	東京都国分寺市本多5-13-14
代表者	代表取締役 尾嶋 遵

【事業 者】

東京都国分寺市本多5-13-14
株式会社サンプルス
代表取締役 尾嶋 遵

【事業 所】

東京都小金井市貫井北町1-6-16
デイサービスふく福 (指定番号1374101044)

上記の内容の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

【同意 者】

氏 名 _____