

重要事項説明書

(地域密着型通所介護)
(予防専門型通所サービス)

利用者：様

事業所：なつめりハビリデイサービス

通所介護重要事項説明書

[令和6年7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・苦情などの窓口

なつめリハビリデイサービス 052-773-6620

担当 大島征也（おおしま まさや） 古澤美紀（ふるさわ みき）

重要事項説明者 古澤 美紀 大島征也

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。

2 当事業所の概要

（1）事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	なつめリハビリデイサービス
所在地	愛知県名古屋市名東区猪子石原3丁目905の1
管理者	大島 征也
介護保険指定番号	通所介護事業（愛知県 2391500697 / 23A1501148 号）
サービス提供地域	名東区 千種区 東区 守山区

（2）サービス提供日時

月 ～ 金	9:00 ～ 12:05（送迎時間を含まない）	定員 18名
曜日	12:20 ～ 17:25（送迎時間を含まない）	定員 18名
定休日	土曜日・日曜日・12月28日～1月3日	

（3）職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	計
管理者	柔道整復師	1名	0名	1名
生活相談員	介護福祉士	1名以上	1名以上	1名以上
介護職員	看護師・初任者研修修了 etc	1名以上	1名以上	1名以上
看護職員	看護師	0名	1名以上	1名以上
機能訓練指導員	柔道整復師	1名以上	0名	1名以上
	看護師	0名	0名	0名
	理学療法士	1名以上	0名	1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

ケアプランに沿って、送迎、健康チェック、排泄介助、入浴介助、食事（午後のみ）、機能訓練、アクティビティ、介護相談その他必要な介護等を行います。

(1) 利用料

介護保険適用	単位		1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	午前	416 単位	444 円/日	888 円/日	1332 円/日
	午後	657 単位	701 円/日	1402 円/日	2103 円/日
要介護 2	午前	478 単位	510 円/日	1020 円/日	1530 円/日
	午後	776 単位	828 円/日	1656 円/日	2484 円/日
要介護 3	午前	540 単位	576 円/日	1152 円/日	1728 円/日
	午後	896 単位	956 円/日	1912 円/日	2868 円/日
要介護 4	午前	600 単位	640 円/日	1280 円/日	1920 円/日
	午後	1013 単位	1081 円/日	2162 円/日	3243 円/日
要介護 5	午前	663 単位	708 円/日	1416 円/日	2124 円/日
	午後	1134 単位	1211 円/日	2422 円/日	3633 円/日
入浴介助加算Ⅰ	40	単位	42 円/日	85 円/日	128 円/日
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56	単位	59 円/日	119 円/日	179 円/日
個別機能訓練加算Ⅱ	20	単位	21 円/月	42 円/月	64 円/月
要支援者・チェックリストによる事業対象者					
週1回の利用	1798	単位	1920 円/月	3840 円/月	5760 円/月
週2回の利用	3621	単位	3867 円/月	7734 円/月	11601 円/月
科学的介護推進体制加算	40 単位/月				
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の 80/1000 加算				

※ 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。

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

リハビリパンツ（紙オムツ）	1 枚	150 円
ドリンク代（午後ご利用の方で希望者のみ）	1 回	100 円
お食事代（午後ご利用の方で希望者のみ）	1 食	600 円

お食事代	(午後ご利用の方で希望者のみ) (大盛り)	1 食	6 5 0 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。実費請求無し。

(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。

①ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料の10%

※午後利用の方は11時までにご連絡ください。

また、お客様の都合でサービスを中止し、お弁当のキャンセルが間に合わない場合に際し、お弁当代を全額ご負担いただきます。

お食事代	(午後ご利用の方で希望者のみ)	1 食	6 0 0 円
お食事代	(午後ご利用の方で希望者のみ) (大盛り)	1 食	6 5 0 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、その月の26日までにお支払いください。(料金合計額の請求書及び領収書をお渡しします。)

お支払い方法は、原則、銀行振替とさせていただきます。

※ 事情により銀行振替できない場合は、現金もしくは下記金融機関への振込みでも対応いたします。その際の振込み手数料は、ご利用者様でご負担いただきますようお願いいたします。

*利用料金振込み先

名古屋銀行

店 名	口座種別	口座番号	口座名
新瑞橋支店	普 通	3467023	カ) チケン

4 サービス利用に当たっての留意事項

- ① 送迎時間は予め、ご利用者の要望をお聞きした上、当事業所で決めさせていただきます。
道路事情等により、送迎時間が多少前後したり、変更をお願いすることもあります。
- ② 体調不良等でサービスの提供に支障があると判断された場合、サービスの提供を中止します。
その際には速やかにご家族又は契約者にご連絡いたします。
- ③ 大規模災害が予測される状態にある場合に事業所の判断にてサービスの提供を中止します。
その際には速やかにご家族又は契約者にご連絡いたします。
(例：東海地震観測情報、竜巻注意情報、土砂災害発生注意情報等)
- ④ 服装等は活動し易い服装でご参加下さい。上履き・着替え・紙オムツ等をご持参下さい。
- ⑤ 金銭、貴重品の紛失、盗難に関しまして一切責任を負いません。できるだけ所持しないように
お願いします。やむを得ない場合は、ご本人様が確実に管理してください。
- ⑥ 利用者個人所有の飲食物はお持ち込みをご遠慮願います。
※午後の利用者様のみ飲食物の持ち込みの際はご相談下さい。
- ⑦ 火気、危険物の持ち込み、ペットの同伴は禁止します。
- ⑧ 敷地内外ともに禁煙とさせていただきます。
- ⑨ 共有の設備は他の迷惑にならないようにご利用ください。
- ⑩ 自家用車でお越し頂く事も可能ですが、駐車スペースに限りがございますのでご遠慮願う事も考
えられます。なお、交通事故等に関して弊社は一切の責任を負いかねますのでご了承下さい。
又、利用者同士の乗り合わせでの御来場は堅くご遠慮願います。
- ⑪ 介護保険法にて、通所介護事業所での施設送迎とはご自宅より施設まで(往復)と規約されて
おります。従いまして、私的理由での途中下車は原則認められませんので
ご理解下さいます様お願い申し上げます。(急な体調不良等の場合は除きます)

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。当施設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1ヶ月までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・ 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お客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
- ・ 利用者様が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 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、利用者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、利用者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約することができます。
- ・ 利用者様が、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、または利用者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、当社により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。
- ・ 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
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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）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。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への連絡基準		

7 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者（介護予防にあたっては、いきいき支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。

8 サービス内容に関する苦情

● 弊社お客様苦情相談窓口

苦情相談窓口担当	大島 征也（おおしま まさや） 古澤 美紀（ふるさわ みき）
受付日	月曜日～金曜日（ただし土曜日・日曜日・年末年始・夏期休暇は除く）
受付時間	８：３０～１７：３０

● その他

名古屋市 介護保険課	電話：０５２－９５９－３０８７
愛知県国民健康保険団体連合会（苦情相談専用）	電話：０５２－９７１－４１６５

【会社の概要】

社名 株式会社 CHIKEN
 資本金 350 万円（資本準備金含まず） ※平成 31 年 1 月 1 日現在
 社員数 24 名
 設立 平成 30 年 7 月
 所在地 愛知県名古屋市南区外山 1 丁目 2－3 2
 代表者 代表取締役 知念 佑樹

【事業内容】

通所介護事業／在宅・施設往療事業

重要事項説明書 同意書

【事業者】

名 称 株式会社 CHIKEN
 所在地 名古屋市南区外山 1 丁目 2－3 2
 代表取締役 知念 佑樹

【事業所】

なつめリハビリデイサービス
 住所 名古屋市名東区猪子石原 3 丁目 9 0 5 の 1
 （指定番号 2391500697 / 23A1501148 号 愛知県）

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____

利用者家族氏名 _____

署名代行者氏名 _____

（続柄 _____）