

管理番号 No.

重要事項説明書

地域密着型通所介護

利用者名 様

事業所名 デイサービス 公園通り

事業所番号 4470109549

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

デイサービス公園通り 電話 097-520-3350

担当 管理者／内田 慎也 生活相談員／内田 慎也
※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 デイサービス公園通りの概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域と定員

| | |
|----------|-------------------|
| 事業所名 | デイサービス 公園通り |
| 所在地 | 大分県大分市公園通り一丁目5番8号 |
| 介護保険指定番号 | 4470109549 |
| サービス提供地域 | 大分市 |
| 定員 | 18名 |

(2) 営業時間

| | |
|----------------|---|
| 月～金 (祝日も営業) | 午前8:30～午後5:30 ※ 但し、12月31日から翌年1月3日の4日間は休業期間です |
|----------------|---|

(3) サービス提供時間

| | |
|-----|----------------|
| 月～金 | 午前10:00～午後4:00 |
|-----|----------------|

(4) 人員配置

| | 人 数 |
|-------------|---------|
| 管 理 者 | 1 名 |
| 生 活 相 談 員 | 1 名 以 上 |
| 機能訓練指導員(兼務) | 1 名 以 上 |
| 看 護 職 員(兼務) | 1 名 以 上 |
| 介 護 職 員 | 2 名 以 上 |

3 サービス内容

通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、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

1単位：10円

| 介護保険適用 | | 単位 | | | |
|--------|------|------------------|---|----------------|----------------|
| | | 3時間以上 4時間未満 | 4時間以上 5時間未満 | 5時間以上 6時間未満 | 6時間以上 7時間未満 |
| ① | 要介護1 | 416単位 | 436単位 | 657単位 | 678単位 |
| | 要介護2 | 478単位 | 501単位 | 776単位 | 801単位 |
| | 要介護3 | 540単位 | 566単位 | 896単位 | 925単位 |
| | 要介護4 | 600単位 | 629単位 | 1013単位 | 1049単位 |
| | 要介護5 | 663単位 | 695単位 | 1134単位 | 1172単位 |
| 加 算 | | ② 入浴介助加算 I | 40単位／1日につき | | |
| | | ③ サービス提供体制強化加算 I | 22単位／1回につき | | |
| | | ④ 介護職員等処遇改善加算 I | ①から③までにより算定した単位数の <u>1000分の92</u> に相当する単位数 | | |
| 減 算 | ⑤ | 送迎減算 | 送迎をしない場合、片道毎に 47単位 | | |

※ 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。

※ 上記利用料は1割負担の場合の表示です。

例) 要介護3の方が5時間以上6時間未満でご利用の場合、自己負担額は896円（1割負担の場合）になります（2割負担、3割負担が適用される場合もあります）。

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

| | | |
|--------------------|-----------|-----------------------|
| 食材料費用 | 昼食代 | 580円 |
| 特別食（提供する場合） | 特別食代 | 実費 |
| レクリエーション費用 | 都度 | 実費 |
| おやつ作り材料費 | 都度（月に一度程） | 1回 330円 |
| パッド・オムツ・リハビリパンツ | 必要時 | パッド40円/枚、オムツ・パンツ80円/枚 |
| サービス提供記録の複写に係るコピー料 | | 1枚 10円程度 |
| 自動引落手数料 | 毎月／自動引落の時 | 132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。

- 一 通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道5km未満 1,000円
- 二 通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道5km以上 1,500円

(3) キャンセル料金

お客様のご都合でキャンセルが必要になった場合はご連絡ください。なお、キャンセル料金は無料ですが、食材

料費用につきましては、食材準備の都合上、当日キャンセルに限り料金をいただきます。

連絡先：デイサービス公園通り TEL 097-520-3350

(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、25日までにお支払いください。お支払い方法は、原則として第一回は銀行振込、二回目以降は自動引落し（毎月27日）とさせていただきます。

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。当社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 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）

・ お客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〕または要支援と認定された場合

・ お客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、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約することができます。

・ 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つた場合、サービスを中止することができます。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 | |

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 | 姫野 康成 |
| 受付日 | 月曜日～金曜日 ただし、12月31日～1月3日を除く |
| 受付時間 | 9:00～17:00 |

- その他

| | |
|------------------------|-----------------|
| 大分市役所 長寿福祉課 | 電話：097-534-6111 |
| 大分県国民健康保険団体連合会（苦情相談専用） | 電話：097-534-8470 |

9 会社の概要

社名 株式会社ローカルトレイン

資本金 1,000,000円 ※令和7年7月1日現在

社員数 103名

設立 平成27年4月1日

所在地 大分県大分市公園通り一丁目5番地の8

代表者 代表取締役 河野 寛之

事業内容

訪問介護事業 / 通所介護事業 / 有料老人ホーム事業 / 訪問看護事業 / 居宅介護支援事業 /

その他コンサルティング事業

事業者 大分県大分市公園通り一丁目5番地の8
株式会社ローカルトレイン
代表取締役 河野 寛之

印

事業所 大分県大分市公園通り一丁目5番地の8
デイサービス 公園通り
指定番号 4470109549

重要事項説明者

印

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

印

署名代行者氏名

印・(続柄)