

＋＜通所介護・介護予防通所介護相当サービス重要事項説明書＞

令和 8 年 6 月 1 日現在

1 事業所概要

①事業所情報

事業所名	デイサービスはるかぜ
本社所在地	鳥取県倉吉市福庭町 1 丁目 225 番地
事業所所在地	鳥取県倉吉市福庭町 1 丁目 225 番地
連絡先	0858-24-6960
管理者名	飯田雄介
サービス種類	通所介護・介護予防通所介護相当サービス (通所介護・介護予防通所介護相当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 その他必要な介護業務を行います) 日中一時支援事業単独型
介護保険指定番号	3170301059
サービス提供地域	倉吉市・湯梨浜町・北栄町

※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。

②営業時間（サービス提供時間）

平日	9：00～17：00
土曜日	9：00～17：00
定休日	日曜日、12 月 31 日～1 月 3 日

③職員体制（単位 1， 2、兼務は（兼）と表記します）

	資格	常勤	非常勤
管理者（兼）	介護支援専門員等	1 名	名
生活相談員（兼）	介護支援専門員等	（兼）3 名	名
機能訓練指導員（兼）	看護師		（兼）2 名
単位 1			
介護職員	介護福祉士等	4 名（兼）1 名	2 名
看護職員	看護師	（兼）1 名	（兼）1 名
単位 2			
介護職員	介護福祉士等	6 名（兼）3 名	3 名
看護職員	看護師	（兼）1 名	（兼）1 名

④事業計画・財務内容について

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

⑤事業目的・運営方針

事業目的	事業所の管理者、生活相談員、機能訓練指導員及び介護職員が、要介護状態（介護予防通所介護相当サービスにあつては要支援状態）にある高齢者に対し、適正な通所介護及び介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とする。
運営方針	通所介護の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者のご家族様の身体的及び精神的負担の軽減を図る。 介護予防通所介護相当サービスの提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

⑥当事業所で併せて実施する事業

鳥取県・倉吉市・北栄町・湯梨浜町の事業者指定

事業の種類	指定年月日	指定番号	利用定員
通所介護	令和 5 年 4 月 1 日	3170301059	42 名 単位 1:21 名 単位 2:21 名
介護予防通所介護相当サービス	令和 5 年 4 月 1 日	3170301059	42 名 単位 1:21 名 単位 2:21 名

2 当事業所連絡先窓口（相談・苦情・キャンセル連絡等）

電話番号	0858-24-6960
担当者	飯田雄介
受付時間	8：30～17：30

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談に関しては各市町村でも受け付けております。

3 利用料金

① 利用料金

要介護の方（7～8時間の利用の場合）

介護保険適用	単位	一割負担分
要介護 1	658 単位/1 回	658 円
要介護 2	777 単位/1 回	777 円
要介護 3	900 単位/1 回	900 円
要介護 4	1023 単位/1 回	1023 円
要介護 5	1148 単位/1 回	1148 円
入浴の介助が必要な利用者が、入浴の介助を伴った入浴をした時	40 単位/1 回	40 円

要支援の方

介護保険適用	単位	一割負担金
要支援 1 で月に 5 回以上利用された時	1798 単位/1 月	1798 円
要支援 1 で月に 5 回未満の利用は一回につき	436 単位/1 回	436 円
要支援 2 で月に 9 回以上利用された時	3621 単位/1 月	3621 円
要支援 2 で月に 9 回未満の利用は一回につき	447 単位/1 回	447 円

加算について

サービス提供体制強化加算：加算Ⅱ 要介護の方 1 日につき 18 単位
 要支援 1 の方 1 月につき 72 単位
 要支援 2 の方 1 月につき 144 単位
 認知症加算：日常生活自立度Ⅲ以上の方 1 日につき 60 単位

介護職員等処遇改善加算Ⅰ（ロ）：介護報酬の 12.0%

（限度額に関与しません）

※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。

②自費を頂くもの（介護保険適用外）

食材料費用	1食につき 700 円
-------	-------------

③キャンセル料金

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記キャンセル料を頂きます。キャンセルが必要になった場合、下記の連絡先に至急ご連絡ください。

連絡先	0858-24-6960
キャンセル料を頂く場合	1.ご利用日の前日又は当日 8：30 までにご連絡を頂いた場合：無料
	2.ご利用の前日又は当日 8：30 までにご連絡がない場合：食費相当分

⑤料金の支払い方法

毎月月末締めとし、翌月 10 日までに当月分の料金を請求いたしますので、25 日までにお支払いをお願いいたします。

お支払方法は、原則銀行引き落としとさせていただきます。現金支払につきましてはご相談ください。

4 サービスの利用方法

① サービス利用開始

お電話などでお申し込みお願いいたします。当社職員、地域包括支援センター及び担当介護支援専門員がお伺いいたします。通所介護・介護予防通所介護相当サービス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。

②サービス利用終了

・利用者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 2 週間前までに文書でお申し出ください。

・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 か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）

・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

※この場合、条件を変更して再度契約することが出来ます。

- ・利用者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、もしくは当社が倒産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。

・利用者が、サービス利用料金の支払いを2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、もしくは利用者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、サービスを変更又は中止することがございます。

・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、適切に対応いたします。

・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。

5 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、下記主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等への連絡をいたします。

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		

6 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（介護予防相当サービスにあつては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講ずるものとします。

7 サービスに関する苦情

弊社相談窓口

苦情相談窓口担当	飯田雄介
受付日	月曜日～土曜日（日曜日、12月31日～1月3日までを除く）
受付時間	8：30～17：30

その他

倉吉市	長寿社会課	0858-22-7851
北栄町	福祉課	0858-37-5875
湯梨浜町	長寿福祉課	0858-35-5378
三朝町	福祉課	0858-43-3520
鳥取県国民健康保険団体連合会（苦情相談専用）		0857-20-2100

会社概要

社名	合同会社あいいろ
社員数	23名
設立	平成26年4月14日
本社所在地	鳥取県倉吉市福庭町1丁目225番地
代表者	代表社員 小林 健
事業内容	通所介護事業、介護予防通所介護相当サービス事業、日中一時支援事業

重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
---------------	-------

事業者	所在地	鳥取県倉吉市福庭町1丁目225番地
	法人名	合同会社あいいろ
	代表者名	小林 健
	事業所名	デイサービスはるかぜ（指定番号 3170301059）
	説明者氏名	

上記事業者より本書の説明を受け、同意しました。

利用者様	住所	
	氏名	
代理人様	住所	
	氏名	印（続柄： ）
	署名代行理由：	