

重要事項説明書（通所介護サービス）

_____様に対する通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者が_____様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	デイサービスアットホーム
主たる事務所の所在地	千葉県市川市新田5-10-23 神田ビル2F
法人種別	有限会社
代表者名	門田 大介
電話番号	047-325-8877

介護保険法令に基づき千葉県知事から指定を受けている事業所名称 (指定番号)	各事業所につき介護保険法令に基づき千葉県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類
デイサービスアットホーム 千葉県 1270801671号	通所介護

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービスアットホーム
指定番号	千葉県 1270801671号
所在地	千葉県市川市新田5-10-23 神田ビル2F
電話番号	047-325-8877

3. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従業者の職種	員数	勤務の体制
管理者	1人	常勤 1名（兼務）
生活相談員	2人	営業日ごとに1人以上配置
看護師	2人	営業日ごとに1人以上配置
介護職員	1人以上	営業日ごとにサービス提供時間を通じて利用者の数が15人までは1人以上、それ以上5又はその端数を増すごとに1加えた数以上
機能訓練指導員	1人以上	営業日ごとに1人配置

4. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日、祝祭日
営業時間	8時00分～17時00分
サービス提供時間	9時00分～16時30分

5. 利用料

市川地域単価 (5級地) 10.45円

介護保険利用者負担額 (1回単位)

要介護種類	単位	料金 (1割)	料金 (2割)	料金 (3割)
要介護1	658	687円	1375円	2062円
要介護2	777	811円	1623円	2435円
要介護3	900	940円	1881円	2821円
要介護4	1023	1069円	2138円	3207円
要介護5	1142	1199円	2399円	3598円
個別機能訓練加算 I イ	1回につき 56	59円	117円	176円
個別機能訓練加算 I ロ	1回につき 76	79円	158円	238円
入浴介助 I	1回につき 40	42円	105円	126円
サービス提供体制強化加算 III	6	7円	13円	19円
介護職員処遇改善加算 (III)	$\text{介護保険総単位数} \times 8.0\% \times 10.45 \times \text{負担割合}$ (加算率) (地域単価)			

単位及び料金の提供時間は7～8時間です。

保険外負担額

食費 1200円 紙おむつ 150円 パット 50円
 レクリエーション材料費 月額 500円
 キャンセル料 1000円 (前日12時以降より)

6. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間	平日	午前8時～午後5時00分
		土曜 祝日	午前8時～午後5時00分
管理者 門田大介	ご利用方法	電話	047-325-8877
		面接	場所 デイサービスアットホーム
市	ご利用時間	平日	午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話	047-334-1111 (代表)
		面接	場所 市川市役所市川市保健福祉局 福祉部介護保険課
国民健康保険団体 連合会	ご利用時間	平日	午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話	043-254-7404 (直通)
		面接	場所 千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理係

7. 協力医療機関

医療機関の名称	門田整形外科医院
院長名	門田 剛
所在地	千葉県市川市須和田1-23-12
電話番号	047-374-1221
診療科	整形外科、内科、リハビリテーション
入院設備	なし
救急指定の有無	なし

緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先に連絡いたします。

- (乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、
甲1に対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、
甲2
 サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 千葉県市川市新田5-10-23 神田ビル2F

名 称 デイサービスアットホーム 印

代表取締役 門田 大介

- (甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、甲からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

年 月 日

(甲1) 利用者 住 所

氏 名 印

(甲2) 利用者家族・代理人

住 所

氏 名 印