

様

重要事項説明書

株式会社 Professional Works

デイサービス つむぎ狛江

重要事項説明書

1. サービス事業所の概要

(1) 事業所の名称、所在地

事業所名	デイサービス つむぎ狛江
所在地	東京都狛江市西野川 2-20-8
介護保険事業所番号	1394500035
通常の事業の実施地域	狛江市内

※上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください

(2) 同事業所の職員体制

区 分	職 員 数
管理者	1 名（常勤で介護職員兼務）
相談員	2 名（2 名とも介護職員兼務）
介護職員	6 名以上（1 名が管理者兼務、2 名が相談員兼務）
機能訓練指導員	1 名（非常勤）

(3) 営業時間

営業日	月～土（12/30～1/3 休み）
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
サービス提供時間	午前 9 時 00 分～午後 5 時 30 分

2. サービス内容

- (1) 送迎 サービス時に自宅から事業所までの送迎を行います。
- (2) 食事 利用者に対し昼食を提供し、介護の必要な利用者には食事介護サービスの提供を行います。
- (3) 入浴 居宅において入浴の困難な利用者に対して一般介助浴のサービスを行います。
- (4) 排泄 状態や必要に応じ、排泄介助を行います。
- (5) 機能訓練 訓練を通して自らの身体機能の向上を図り、日常生活が楽しく送れるよう機能回復サービスを行います。
- (6) 健康チェック 利用者の身体的状況を継続的にチェックし、また、利用中の生活動作・表情等の観察を行い、健康管理を図って家族の負担を軽減します。
- (7) 生活相談 利用者及びその家族からのサービスに関すること、生活上の問題等相談に応じます。

3. 料金

2025 年 4 月 1 日施行

(1) 利用料 (1 割)

介護予防認知症対応型認知症対応型通所介護費 (7 時間以上 8 時間未満)

要支援 1	937 円	入浴加算 (I)	44 円
要支援 2	1,046 円	介護職員処遇改善加算 (II)	17.4%/月
		延長加算 (10 時間未満)	55 円
		生活機能向上連携加算(II)	217 円/月

認知症対応型認知症対応型通所介護費 (7 時間以上 8 時間未満)

要介護 1	1,082 円	入浴加算 (I)	44 円
要介護 2	1,199 円	介護職員処遇改善加算 (II)	17.4%/月
要介護 3	1,317 円	延長加算 (10 時間未満)	55 円
要介護 4	1,436 円	生活機能向上連携加算(II)	217 円/月
要介護 5	1,553 円		

上記金額には地域区分 (2 級地 10.88 倍) 加算を含みます。

(2) その他

食 材 料 費	1 回 7 5 0 円 (含 おやつ代)
行事等費用	入園料など実費を徴収する場合がございます。

※但し、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は一旦 1 日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書を後日区市町村の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受ける事ができます。

(3) キャンセル規定

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がかかります。

1 ご利用日の前日 5 時までにご連絡いただいた場合	無料
2 ご利用日の午前 9 時までにご連絡いただいた場合	ご利用者負担分の 30%
3 ご利用日の午前 9 時までにご連絡がなかった場合	ご利用者負担分の 70%

※但し、上記 1, 2 の場合でも利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情のある場合、キャンセル料金はかかりません。

(4) 支払方法

毎月 15 日までに前月分のご請求いたします。お支払は当法人が指定する方法によりお支払ください。（ご事情のある方は、ご相談下さい）

原則は口座自動振替をお願いしております。

4. サービス利用方法

(1) お電話等でお申し込み下さい。

事前に重要事項の説明を行い、契約を結び、サービスの提供を開始します。

※在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 1 週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

職員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、1 ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者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だ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
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者や家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者は文書で解約を通知することによりサービスを終了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 ヶ月以上遅延し、支払の勧告をしたにもかかわらず支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院もしくは病気等により 3 ヶ月以上にわたってのサービスが利用不可能な場合、利用者や家族等が当事業所及びサービス従事者に対して本契約を断続し難いほどの背徳行為を行った場合は、文書で通知することにより契約を終了させていただく場合があります。

5. 当事業所の特色

(1) 認知症により、在宅での日常生活に支障のある方が日中、在宅サービス事業所に通所することにより、生活リズムを作り、身体機能の維持・向上、社会性や、及び精神安定を図る事を目的とする。尊厳を保持し、1日でも長く、在宅での自立した日常生活が可能になるよう質の高いサービスを提供します。

- ① 利用者が日々生き生きと健康で楽しく通える憩いの場となるよう努めます。
- ② 各種サービスを提供するにあたり個々人に合った援助を行います。
- ③ 日常生活の観察を深め、問題点を早期発見し検討、情報交換に努めます。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 送迎時間の連絡 ご利用日の前日午後5時迄にご連絡下さい。
- ・ 体調の確認 ご利用当日受付時に健康チェックします。
- ・ 体調不良等によるサービスの中止・変更
 できるだけ早急に相談員にご相談ください。
- ・ サービス日の変更 ご利用日の1週間前までにお知らせ下さい。
- ・ 設備・器具の利用 サービス提供に付帯するもの以外は
 実費を頂きます。

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	

※病院等への搬送となった場合、ご家族のご同伴をお願いする場合がございます。

7. 非常災害対策

災害時の対応

- ・ 防災設備 消防法による基準に従って、防災設備を備えております。
- ・ 防災訓練 毎年1回、防災、非難、通報訓練等を実施いたします。
- ・ 防火責任者 管理者

8. 事故発生時の対応について

当事業所が利用者に対して行うサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等（例として、支給決定自治体、事業所所在自治体、指定権限自治体）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が

利用者に対して行ったサービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 福祉サービス第三者評価について

実施の有無	
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

10. サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 認知症対応型通所介護サービスに関する相談、要望、苦情等は担当相談員か下記窓口までお申し出下さい。

○電話番号 03-5761-9471

(受付時間 月～土 午前8時30分～午後5時30分)

担 当 今主梨奈

- (2) 当事業所以外に、相談・苦情窓口等に苦情等を伝えることができます。

○東京都国民健康保険団体連合会

電話番号：03-6238-0177 受付時間：9:00～17:00

担 当：介護福祉部介護相談指導課介護相談窓口担当

○狛江市保健福祉部

電話番号：03-3488-1181（代表） 受付時間：8:30～17:00

11. 当法人の概要

法人種別・名称	株式会社 Professional Works
代表取締役	島田孝一
本社所在地	東京都狛江市西野川 2-20-8
電話番号	03-5761-9471

定款の目的に定めた事業

- ・ デイサービス、グループホームの経営
- ・ 認知症対応型共同生活介護
- ・ 介護保険法に基づく居宅サービス事業
- ・ 介護保険法に基づく介護予防サービス事業
- ・ 前各号に付帯する一切の業務
- ・ 認知症対応型通所介護
- ・ 小規模多機能型居宅介護
- ・ 居宅介護支援
- ・ 訪問介護

認知症対応型通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

____年 ____月 ____日

事業者 <住 所> 東京都狛江市西野川2-20-8
<事業者名> 株式会社 Professional Works
デイサービス つむぎ狛江

<説 明 者> 氏名_____

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型通所介護について重要事項の説明を受けました。

ご利用者 <住 所>

<氏 名>_____

ご家族 <住 所>

<氏 名>_____

株式会社 Professional Works