指定地域密着型通所介護　重要事項説明書

令和8年6月1日　改訂

1　事業所概要

①事業所情報

事業所名	リハビリデイサービス暮らシャキッ2号館
本社所在地	宮崎県都城市上水流町1182番地8-1棟
連絡先	電話番号 0986－36－6643 FAX番号 0986－36－6642
管理者名	中原　信一郎
サービス種類	指定地域密着型通所介護 ※指定地域密着型通所介護計画に沿って、下記のサービスを提供します。 （1）入浴サービス （2）昼食サービス （3）生活指導（相談・援助等） （4）機能訓練 （5）健康チェック （6）送迎 （7）アクティビティ（介護予防） （8）生きがい活動・脳トレ・レクリエーション　など
介護保険指定番号	4590200343
サービス提供地域	①都城市

※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・定休日

営業時間	午前8:00～午後5:00
定休日	土曜日・日曜日　・　年末年始（　12／31　，　1／1　，　1／2　，　1／3　）

③職員体制

	資格	常勤	非常勤	合計
管理者	社会福祉主事 介護職員実務者研修	1　名	名	1　名
生活相談員	社会福祉主事 介護福祉士	1　名	名	1　名
看護職員	看護師　准看護師	2　名	1　名	3　名
機能訓練指導員	看護師　准看護師 柔道整復師	3　名	2　名	5　名
介護職員	介護福祉士 介護職員初任者研修 看護師　　准看護師　その他	2　名	3　名	5　名

④事業目的・運営方針

事業目的・運営方針	当事業所は要介護（要支援）状態にある利用者の心身機能の維持・向上と、その方が有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう通所介護サービスを提供することを目的として事業を実施します。

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	0986-36-6643
担当部署	相談・苦情窓口
担当者	中原　信一郎
受付時間	平日　午前8:00～午後5:00

※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）

区分＼利用時間	３－４時間				５－６時間				６－７時間				７－８時間			
	単位	一割負担分 円／日	二割負担分 円／日	三割負担分 円／日	単位	一割負担分 円／日	二割負担分 円／日	三割負担分 円／日	単位	一割負担分 円／日	二割負担分 円／日	三割負担分 円／日	単位	一割負担分 円／日	二割負担分 円／日	三割負担分 円／日
要介護1	416	416	832	1,248	657	657	1,314	1,971	678	678	1,356	2,034	753	753	1,506	2,259
要介護2	478	478	956	1,434	776	776	1,552	2,328	801	801	1,602	2,403	890	890	1,780	2,670
要介護3	540	540	1,080	1,620	896	896	1,792	2,688	925	925	1,850	2,775	1,032	1,032	2,064	3,096
要介護4	600	600	1,200	1,800	1,013	1,013	2,026	3,039	1,049	1,049	2,098	3,147	1,172	1,172	2,344	3,516
要介護5	663	663	1,326	1,989	1,134	1,134	2,268	3,402	1,172	1,172	2,344	3,516	1,312	1,312	2,624	3,936
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56単位 （1割負担分 56円／日）				56単位 （2割負担分 112円／日）				56単位 （3割負担分 168円／日）				56単位 （3割負担分 168円／日）			
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位 （1割負担分 20円／月）				20単位 （2割負担分 40円／月）				20単位 （3割負担分 60円／月）				20単位 （3割負担分 60円／月）			
入浴をしたとき	40単位 （1割負担分 40円／日）				40単位 （2割負担分 80円／日）				40単位 （3割負担分 120円／日）				40単位 （3割負担分 120円／日）			
送迎を行わなかったとき	片道－47単位 （1割負担分 －47円／日）				片道－47単位 （2割負担分 －94円／日）				片道－47単位 （3割負担分 －141円／日）				片道－47単位 （3割負担分 －141円／日）			
口腔機能向上加算 Ⅱ	160単位 （1割負担 160円／回）				160単位 （2割負担 320円／回）				160単位 （3割負担 480円／回）				160単位 （3割負担 480円／回）			
科学的介護推進体制加算	40単位 （1割負担 40円／月）				40単位 （2割負担 80円／月）				40単位 （3割負担 120円／月）				40単位 （3割負担 120円／月）			
ADL維持等加算Ⅱ ※1	60単位 （1割負担 60円／月）				60単位 （2割負担 120円／月）				60単位 （3割負担 180円／月）				60単位 （3割負担 180円／月）			
介護職員等処遇改善加算(Ⅱロ)	毎月算定単位の12.5%の1割分				毎月算定単位の12.5%の2割分				毎月算定単位の12.5%の3割分				毎月算定単位の12.5%の3割分			

※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。

※ADL維持等加算は算定要件により30単位もしくは60単位になります。

②自費を頂くもの（介護保険適用外）

昼食代	1食につき500円	おやつ代	1食 50円

③キャンセル料金

お客様のご都合で欠席する（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	電話番号：0986－36－6643
キャンセル料の発生について	1. ご利用日の前営業日の午後5時までにご連絡いただいた場合 **無料** 2. 体調不良や急な用事によるご利用当日の欠席については、午前8時までにご連絡下さい。午前7時45分頃から受付ております。 ご連絡が午前9時00分を過ぎた場合に、**キャンセル料として昼食代500円**を頂く場合がありますので、ご注意下さい。

④料金の支払い方法

毎月月末締めとし、翌月11日から当月分の料金を請求いたしますので、
27日までにお支払いお願いいたします。
お支払い方法は、現金とさせて頂きます。

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。当社職員がお伺いいたします。地域密着型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

②サービス利用終了

・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。

・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されたり医療機関に入院された場合、原則として2ヶ月は籍を残しますが、2ヶ月を超える場合、一度契約終了させていただく場合がございます。明らかに2ヶ月を超えると考えられる場合は、ご連絡いただけましたら幸いです。施設退所または病院退院後、利用再開する場合は、再度契約が必要になります。

・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)もしくは要支援、もしくは事業対象者と認定された場合
※この場合、条件を変更して再度契約することが出来ます。

・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、もしく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7日以内に支払わない場合、もしく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（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

7 サービスに関する苦情

【弊社お客様相談窓口】

苦情相談窓口担当	中原　信一郎
受付日	月曜日～金曜日（ただし12月31日から1月3日までを除く）
受付時間	平日　午前8:00～午後5:00

【その他】

都城市	介護保険課	電話番号:0986－23－2114
宮崎県	国民健康保険団体連合会 （苦情相談専用）	電話番号:0985－35－5301

8　サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について第三者の観点から評価は行っていません。

【会社概要】

社名	合同会社ワンライフサポート
本社所在地	宮崎県都城市上水流町1182番地8
代表者	代表社員　中　原　信　一　郎
事業内容	指定地域密着型通所介護事業

重要事項説明書の説明年月日	令和　　年　　月　　日

【事業者】	所在地	宮崎県都城市上水流町1182番地8-1棟
	法人名	合同会社ワンライフサポート
	代表者名	代表社員　　中原　信一郎
	事業所名	リハビリデイサービス　暮らシャキッ2号館　　指定番号　4590200343
	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。

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