

# デイサービスおれんじ重要事項説明書

〔令和7年7月1日現在〕

## 1 事業所の概要

### (1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

|           |                                                |
|-----------|------------------------------------------------|
| 事業所名      | デイサービスおれんじ                                     |
| 所在地       | 広島市西区己斐上二丁目11番3号                               |
| 電話・FAX番号  | 電話:082-272-2134      FAX:082-272-2335          |
| 事業種別      | 地域密着型通所介護(1日型デイサービス)                           |
| 介護保険事業所番号 | 3470206859                                     |
| サービス提供地域  | 己斐上1～6丁目、己斐中1～3丁目、己斐大迫1～3丁目<br>※その他の地域はご相談ください |

### (2) 営業時間及びサービス提供時間

|          | 曜 日        | 時 間           | 備 考                |
|----------|------------|---------------|--------------------|
| 営業時間     | 火～土(祝祭日除く) | 午前8:30～午後5:30 | お盆(8/13～15)及び      |
| サービス提供時間 | 火～土(祝祭日除く) | 午前9:40～午後4:00 | 年末年始(12/30～1/3)を除く |

### (3) 職員体制

|         | 職務内容                                               | 常 勤                       | 非常勤             | 計  |
|---------|----------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|----|
| 管理者     | 職員等の管理及び業務の管理を一元的に行う                               | 1名<br>おれんじ己斐上<br>でらす管理者兼務 |                 | 1名 |
| 生活相談員   | 利用者及び家族の必要な相談に応じ適切なサービスが提供されるようサービスの調整、他の機関との連携等行う | 2名<br>(介護職員兼務)            |                 | 2名 |
| 看護職員    | 利用者の健康状態を明確に把握し、利用者が各種サービスを利用するために必要な措置を行う         |                           | 2名<br>(機能訓練指導員) | 2名 |
| 介護職員    | サービスの提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し、適切な介助を行う       | 5名<br>(内兼務2名)             |                 | 5名 |
| 機能訓練指導員 | 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために必要な機能訓練等を行う。看護職員が兼務       |                           | 2名<br>(内兼務2名)   | 2名 |

## 2 サービス内容

地域密着型通所介護(1日型デイサービス)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、アクティビティーその他必要な介護等を行います。

### 3 利用料金

#### (1) 利用料

| 介護保険適応              | 単位          | 1割負担            | 2割負担            | 3割負担            |
|---------------------|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 要介護1                | 676単位       | 706円            | 1,412円          | 2,119円          |
| 要介護2                | 798単位       | 833円            | 1,667円          | 2,501円          |
| 要介護3                | 922単位       | 963円            | 1,926円          | 2,890円          |
| 要介護4                | 1045単位      | 1,092円          | 2,184円          | 3,276円          |
| 要介護5                | 1168単位      | 1,220円          | 2,441円          | 3,661円          |
| 入浴加算 ※入浴した時         | 40単位        | 41円             | 83円             | 125円            |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ ※訓練した時 | 56単位        | 58円             | 117円            | 175円            |
| 科学的介護推進加算           | 月40単位       | 月額41円           | 月額83円           | 月額125円          |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)     | 18単位        | 18円             | 37円             | 56円             |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)       | 毎月算定単位の9.0% | 毎月算定単位の9.0%の1割分 | 毎月算定単位の9.0%の2割分 | 毎月算定単位の9.0%の3割分 |

| 総合事業適応               | 単位          | 1割負担            | 2割負担            | 3割負担            |
|----------------------|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 要支援1または事業対象者(週1回利用)  | 1798単位      | 1,878円          | 3,757円          | 5,636円          |
| 要支援2(週1回利用)          | 1798単位      | 1,878円          | 3,757円          | 5,636円          |
| 要支援2(週2回利用)          | 3621単位      | 3,783円          | 7,567円          | 11,351円         |
| 科学的介護推進加算            | 月40単位       | 月額41円           | 月額83円           | 月額125円          |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ(週1回利用) | 月72単位       | 月額75円           | 月額150円          | 月額225円          |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ(週2回利用) | 月144単位      | 月額150円          | 月額300円          | 月額451円          |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)        | 毎月算定単位の9.0% | 毎月算定単位の9.0%の1割分 | 毎月算定単位の9.0%の2割分 | 毎月算定単位の9.0%の3割分 |

※介護保険等利用者負担分の計算は実際には1か月の単位数を合算して計算いたします

○自費をいただくもの(介護保険適用外)

|         |       |      |      |
|---------|-------|------|------|
| 食材料費用   | 750 円 | 尿パッド | 40 円 |
| リハビリパンツ | 110 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。1kmにつき30円。

#### (3) サービスの中止

ご利用者のご都合で利用をお休みする場合、サービス提供日の前日までにご連絡ください。

(連絡先: TEL082-272-2134)

#### (4) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月中旬までに当月分の料金を請求いたしますので、翌月末までにお支払いください。お支払い方法は、原則銀行または、郵便局引き落としとさせていただきます。

## 4 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

ご利用の依頼を受けて職員が自宅にお伺いし、サービスご利用にあたっての必要事項をお聞き致します。  
担当ケアマネジャーと相談の上、契約を結ぶと同時に地域密着型通所介護(1日型デイサービス)  
計画作成を行い、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、事前にケアマネジャーとご相談ください。

### (2) サービスの終了

#### ① ご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週間前までにお申し出ください。

#### ② 当事業所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)

- ・ご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お客様の要介護認定区分が、非該当(事業対象者を除く)と認定された場合
- ・ご利用者が亡くなられた場合

#### ④ その他

- ・当事業所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、ご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、ご利用者は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。
- ・ご利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14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、当事業所や当事業所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、当事業所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。治癒するまで原則としてサービスはご利用いただけません。

## 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、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。

## 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 サービス内容に関する苦情

● 弊社お客様苦情相談窓口

|          |                                       |
|----------|---------------------------------------|
| 苦情解決責任者  | 在宅介護部 部長 中根 正博                        |
| 苦情相談窓口担当 | デイサービスおれんじ管理者 塚原 豊                    |
| 受付日      | 火曜日～土曜日(ただし 祝祭日、8/13～15、12/30～1/3を除く) |
| 受付時間     | 午前8:30～午後5:30                         |

8 第三者評価実施状況

運営推進会議において地域住民代表・ご利用者・家族代表に情報公開を行なうとともに意見を聞く機会を設ける。(年2回実施)

● その他

|                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| 広島市西区役所福祉課高齢介護係        | 電話:082-294-6585 |
| 広島市役所健康福祉局高齢福祉部介護保険課   | 電話:082-504-2183 |
| 広島県国民健康保険団体連合会(苦情相談専用) | 電話:082-554-0783 |

【法人の概要】

法人名 医療法人社団 石田内科  
所在地 広島市西区己斐上二丁目11番3号  
電話 082-272-2121  
代表者 理事長 石田 實

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

代理人氏名 印 本人との関係( )