スマイルリハビリサービス

通所介護相当サービス（重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

１．事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	合同会社ライフさぽーと
主たる事務所の所在地	〒668-0064　兵庫県豊岡市高屋901-3
代表者（職名・氏名）	代表社員　藤原　清明
設　立　年　月　日	平成２５年３月２１日

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	スマイルリハビリデイサービス	
サービスの種類	通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒560-0005　大阪府豊中市西緑丘1丁目7番11号	
電　話　番　号	０６-４８６５-３０００	
指定年月日・事業所番号	令和４年４月１日指定	2794001129
利　用　定　員	定員：通所介護相当サービス10名	
事業の実施地域	豊中市　吹田市　箕面市	

３．事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者がその有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、通所介護相当サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

４．提供するサービスの内容

通所介護相当サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話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を図るサービスです。

５．営業日時

営 業 日	月曜日から金曜日（祝日を含む）まで ただし、年末年始（１２月３０日から１月３日）を除きます。	
営業時間	午前８時３０分から午後５時４５分まで	
サービス提供時間	月～金	午前の部　午前９時００分から午後１２時１５分まで 午後の部　午後１４時００分から午後１７時１５分まで

６．事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理責任者（生活相談員兼務）	常勤　１人
生活相談員（介護職員兼務）	常勤　１人
介護職員	非常勤　５人
機能訓練指導員（介護職員兼務）	常勤　１人

７．サービス提供の責任者

サービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

責任者の氏名	藤原　清明

８．利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の１割又は２割又は３割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１） 通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分及び加算の合計の額となります。

	基本利用料	利用者負担(1割)	負担2割・3割
要支援１（週１回まで）	１８，９５０円	１，８９５円	左記の2倍・3倍
要支援２（週２回まで）	３８，１６５円	３，８１７円	左記の2倍・3倍

【加算】

サービス提供体制加算（要支援Ⅰ）	９２７円	９３円	左記の2倍・3倍
サービス提供体制加算（要支援Ⅱ）	１，８５５円	１８６円	左記の2倍・3倍
介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ）	所定単位数×11.7%×10.54円	左記の１割	左記の2倍・3倍

（２）その他の費用

おむつ代	おむつの提供を受けた場合、１回につき１００円の実費をいただきます。
送迎費	1ｋｍごとに片道１００円を頂きます。
そ の 他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

（３）支払い方法

上記（１）から（２）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次の方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、１４日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の翌月の10日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

９．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

１０．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１．損害賠償保険の加入

当事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

居宅介護事業者賠償責任保険	損保ジャパン　ウォームハート
自動車保険	あいおいニッセイ同和損保

１２．非常災害対策

防災責任者を設置して消防計画を作成するとともに、当計画に基づく次の業務を実施します。

（１）消火、通報及び避難訓練　年２回

（２）消防設備、施設等の点検及び整備

（３）その他防火管理上必要な業務

１３．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号　０６－４８６５－３０００ 面接場所　当事業所の相談室

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	豊中市 高齢介護課	電話番号　０６－６８５８－２８３３
	大阪府国民健康保険団体連合会	電話番号　０６－６９４９－５４１８

１４．サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

（１）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

（２）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。

（３）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和　　年　　月　　日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事　業　者　　所在地　大阪府豊中市西緑丘１丁目７番１１号
事業者（法人）名　合同会社ライフさぽーと
代表者職・氏名　　藤原　清明　　印
説明者職・氏名

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利　用　者　　住　所
氏　名　　印

署名代行者（又は法定代理人）
住　所
本人との続柄
氏　名　　印