

重要事項説明書

通所介護・日常生活支援総合事業
介護予防通所型サービス

利用者： _____ 様

事業者： サクラポートカ石

令和7年3月改訂版

通所介護重要事項説明書

1 会社の概要

会社名	メディカルケア株式会社	所在地	〒387-0013 長野県千曲市小島3172
代表者	代表取締役社長 武田 洋	設立	平成15年10月
資本金	63,000,000円	社員数	272名(男128名 女144名)
事業内容	福祉販売・貸与事業／居宅介護支援事業(サクラケア)通所介護事業 訪問介護事業／サービス付き高齢者向け住宅事業(サクラポート)		

2 事業所の概要

(1) 事業者の名称・所在地について

事業所名	サクラポート力石	管理者名	金井伸明
所在地	長野県千曲市力石485-4		
介護保険指定番号	通所介護事業 (長野県 2071800722 号)		
サービス提供地域	千曲市・坂城町・長野市(篠ノ井地区・松代地区) ※こちらの地域以外の方でもご相談ください。		

(2) 営業日・営業時間

営業日	毎週月曜日から土曜日とする。 但し、12月30日～1月3日は休日とする。
営業時間	8:00～17:00
サービス提供時間	9:00～17:00 但し、上記営業時間外でも相談等に応じる体制をとる。
サービス延長時間	7:00～9:00、17:00～18:00

(3) 職員体制

職種	資格	常勤 専従	常勤 兼務	非常勤 専従	非常勤 兼務	計
管理者	理学療法士		1名			1名
生活相談員	介護福祉士		2名			2名
介護職員	介護職員初任者研修 介護福祉士 無資格	2名	1名	5名		8名
看護職員 機能訓練指導員	看護師・准看護師				3名	3名

(4) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

3 サービス内容

通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、アクティビティーその他必要な介護等を行います。

4 利用料金(令和6年6月現在)

(1) 利用料;各負担割合に応じた額となります(下記は1割負担の場合の金額となります)。

①介護予防通所介護利用料(要支援者・総合事業対象者)

介護保険適用	要支援1	要支援2	備考
介護予防通所介護費(月額)	1,798 円	3,621 円)	
介護職員等処遇改善加算 II	月額の 9.0%		
科学的介護推進体制加算	40 円		

※要支援1の方は週1回, 要支援2の方は週2回を目安にしています。

②通所介護利用料(要介護者・日額;1割負担の場合)

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3 時間以上 4 時間未満	370 円	423 円	479 円	533 円	588 円
4 時間以上 5 時間未満	388 円	444 円	502 円	560 円	617 円
5 時間以上 6 時間未満	570 円	673 円	777 円	880 円	984 円
6 時間以上 7 時間未満	584 円	689 円	796 円	901 円	1,008 円
7 時間以上 8 時間未満	658 円	777 円	900 円	1,023 円	1,148 円
8 時間以上 9 時間未満	669 円	791 円	915 円	1,041 円	1,168 円
入浴介助加算(入浴された時)(I)	40 円/回				
介護職員等処遇改善加算(II)	月額介護保険負担額の 9.0%				
個別機能訓練加算(I)	(I)56 円/回				
個別機能訓練加算(II)	(II)20 円/月				
ADL 維持等加算(I)	30 円/月				
科学的介護推進体制加算	40 円/月				

※上記は1割負担額であり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。

③自費をいただくもの(介護保険適用外)

昼食費	食材費の変動により料金が変わることがございます。	600 円
おやつ代	材料費等	50 円
キャンセル料	前日の 17:00 以降のキャンセルで発生いたします。	600 円

※キャンセルの場合は至急ご連絡ください(連絡先:サクラポート力石 TEL0268-82-5302)。

(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25円。

(3) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月17日までに当月分の料金を請求いたします。27日までにお支払いください。お支払い方法は、原則金融機関からの引き落としとさせていただきます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

通所介護計画書の作成と同時に契約を結び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、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① 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。

② 当社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、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します)

- ・お客様が亡くなられた場合
- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・お客様の要介護認定区分が、非該当[自立]と認定された場合

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、また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10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きます。

(3) サービスの中止

- ・体調不良や感染症の疑いがある場合はサービスの利用を中止する場合があります。(37.5℃以上の体温、その他のバイタル異常、感染者との濃厚接触、遠方への往来等)
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを中止する場合があります。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止する場合があります。
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中止させていただきます。

6 ご利用の際にご用意していただくもの

保険証関係	初回に介護保険証と介護保険負担割合証のコピーをお持ちください。 当事業所でコピーすることもできます。
お薬	現在服用中の内服薬や塗り薬などご持参ください。
連絡ノート	初回のご利用時に当事業所よりご用意します。
上履き	ご本人の履きやすいものをご用意ください。
着替え	入浴をされる方はお持ちください。
タオル類	タオル 2 枚・バスタオル 2 枚をお持ちください。
歯磨きセット	歯ブラシ、歯磨き粉をご持参ください。
手提げ袋	上記の荷物を入れる手提げ袋をご用意ください。

※リハビリパンツや尿取りパッドをご使用の方は各自、ご用意ください。

(当事業所のものをご使用いただいた場合は使用枚数分を請求させていただきます)

※「連絡ノート」はご家族とデイサービスを結ぶ大切なものです。

ご利用者様のご家庭での様子やお気づきの点がございましたらお知らせください。

またご希望やご感想、ご自宅でお困りのことなどがございましたら、

お気軽にお問い合わせください。

※感染症対策

体調不良がある場合にはお早めにお知らせください。

7 サービス内容に関する苦情

●弊社お客様苦情相談窓口

苦情相談窓口担当	サクラポート力石 金井伸明	電話番号	0268-82-5302
受付日	月曜日～土曜日(ただし日曜日・12月30日から1月3日までを除く)		
受付時間	8:00～17:00		

●その他

千曲市 高齢福祉課 介護保険係	026-273-1111
坂城町 福祉健康課 保険係	0268-82-3111
長野市 保健福祉部 介護保険課	026-224-7991
長野県国民健康保険団体連合会(苦情相談専用)	026-238-1580

8 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。

9 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、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

【事業者】メディカルケア株式会社

〒387-0013 長野県千曲市小島 3172

TEL026-273-4115 FAX026-273-4116

代表取締役社長 武田 洋

【事業所】サクラポート力石(指定番号 2071800722 長野県)

〒389-0824 長野県千曲市力石 485-4

TEL0268-82-5302 FAX0268-82-4116

説明年月日 令和 年 月 日

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

説明を受けた方の氏名 _____ 印

ご利用者との続柄 _____