

管理番号 No. _____

重要事項説明書

(通所介護)

事業者： デイサービスSARA（さら）らいはーと

地域密着型通所介護重要事項説明書 [令和8年1月1日現在]

1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

事業所名：デイサービスSARA（さら）らいはーと TEL：029-219-6141

担当 奈須野 海野（受付時間：9：00～17：00）

また、苦情受付ボックス『ご意見箱』を受付に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

ひたちなか市役所 福祉部介護保険課	所在地：茨城県ひたちなか市東石川2-10-1 TEL：029-273-0111 FAX：029-354-1062
茨城県国民健康団体連合会 介護保険課	所在地：茨城県水戸市笠原町987-26 TEL：029-301-1565 FAX：029-301-1579

2 デイサービスSARA（さら）らいはーとの概要

(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SARA（さら）らいはーと
所在地	茨城県 ひたちなか市高場2丁目18番22号
介護保険指定番号	地域密着型通所介護事業（0872101837号）
サービス提供地域	ひたちなか市

(2) 営業時間

月～日	午前8：00～午後17：00
-----	----------------

(3) 職員体制

	従事するサービス種類、業務	人員
管理者	業務の一元的な管理	1名
生活相談員	生活相談及び介助	サービス提供時間を通して 1名以上
介護職員	介護業務	サービス提供時間を通して 2名以上
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、 保健衛生管理	2名以上
機能訓練指導員	機能訓練指導業務	1名

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、機能訓練、口腔ケア、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

(1) 利用料

介護保険適用	単位
要介護1	753単位
要介護2	890単位

要介護3	1032単位
要介護4	1172単位
要介護5	1312単位
入浴をしたとき	40単位

介護保険適用	一割負担分	二割負担分	三割負担分
要介護1	763円	1527円	2291円
要介護2	903円	1805円	2707円
要介護3	1046円	2093円	3139円
要介護4	1188円	2377円	3565円
要介護5	1330円	2661円	3991円
入浴をしたとき	41円	82円	123円

※地域区分7（1単位＝10.14円）

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。

- この他に介護職員等処遇改善加算Ⅲが入ります（利用日数により異なる）
- 自費をいただくもの（介護保険適用外）

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

食材料費用		昼食 一食300円 (延長利用時) 夕食 一食500円
レクリエーション材料費		実費
オムツ リハビリパンツ パット等	一枚につき	100円～150円
複写物	一枚につき	0円
延長自費利用	1時間ごと	500円

(2) 交通費

交通費 無料

(3) キャンセル料金

無料、ただし、キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(4) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月10日頃までに当月分の料金を請求いたしますので、25日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

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〔自立〕と認定された場合
- ・ 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、要支援と認定された場合
- ・ 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、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。

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	
主治医への連絡基準		

7 第三者評価実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

8 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には、応急処置および緊急受診などの必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

また、必要に応じて保険者、居宅介護支援事業所等必要機関へ速やかに報告いたします。

賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

令和 年 月 日

- (乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、
甲1 に対してサービス
甲2

内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 【事業者】

茨城県ひたちなか市高場2丁目18番7号
株式会社ライブコアサポート 印

【事業所】

茨城県ひたちなか市高場2丁目18番22号
デイサービスSARA（さら）らいはーと（指定番号 0872101837 ）

説明者 氏 名 印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住 所
氏 名 印

(甲2) 利用者の家族 住 所
氏 名 印