様

**「指定（介護予防）通所介護」**

**重要事項説明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　有限会社　吉原介護センター

デイサービスセンターでんぼうの丘

◇◇　目次　◇◇

|  |
| --- |
| * 事業者(法人)の概要
* 事業所の概要
* サービスの内容及び費用
* 事業所の特色等
* 緊急時等における対応方法
* 非常災害時の対策
* サービス利用にあたっての留意事項
* 苦情処理
* 損害賠償
 |

平成２９年１０月１日　改正

平成３０年　４月１日　改正

令和元年　６月１日　改正

令和６年４月１日　改正

**（介護予防）通所介護重要事項説明書**

１　事業者（法人）の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・法人種別 | 有限会社吉原介護センター |
| 代表者名 | 長原　良成 |
| 所在地・連絡先 | （住所）４１７－００６１ 　　　 富士市伝法６５７－１（電話）０５４５－７３－１０１０（FAX）０５４５－７３－１０１５ |

２　事業所の概要

　（１）　事業所名及び事業所番号等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | デイサービスセンターでんぼうの丘 |
| 所在地・連絡先 | （住所）４１７－００６１  富士市伝法759-1（電話）０５４５－７２－６６００（FAX）０５４５－７２－６６０１ |
| 事業所番号 | ２２７２３０２４７８ |
| 管理者の氏名 | 土橋司 |
| 利　用　定　員 | ２９人 |

（２）　事業所の職員体制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 員数 | 職務の内容 |
|
| 　　　　管理者 | １人 | 職員及び事務管理 |
| 生活相談員 | ２人 | 生活指導 |
| 介護職員 | ７人（１名兼務） | 介護 |
| 看護職員 | ２人（兼務） | 看護 |
| 機能訓練指導員 | ２人（兼務） | 機能訓練・口腔機能 |
| 事務職員 | １ | 事務 |

（３） 営業日等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営業日 | 営業時間 | サービス提供時間 |
| 月~土 | ８：００～１７：００ | ９：００～１６：１５ |
| 営業しない日 | 　日曜日・年末年始（１２月３０日～１月３日） |

（４）通常の事業の実施地域

|  |
| --- |
| 富士市・富士宮市 |

　　　※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

３　サービスの内容及び費用

（１）介護保険給付対象サービス

ア　サービス内容

|  |  |
| --- | --- |
| 種　　　類 | 内　　　　　容 |
| 食事の提供 | 調理師の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。（食費は別途徴収します。） |
| 入浴の提供 | 入浴又は清拭を行います。 |
| 排泄介助 | 　利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。プーリー　　２台ペダルこぎ　２台平行棒　　　１台 |
| 生活指導等 | 利用者の生活面での指導・援助を行います。各種レクリエーションを実施します。 |
| 健康チェック | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。 |
| 送　　迎 | ご自宅から事業所までの送迎を行います。送迎サービスの利用料は基本単位に含まれています。 |

イ　費用

　介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。お客様の利用者負担額については、下記の通所介護料金表及び介護予防通所介護料金表を基とします。

【通所介護料金表】

通常規模型通所介護費

○所要時間３時間以上４時間未満の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | １日当たりの単位数 | 項目 | １日当たりの単位数 |
| 要介護１ | ３７０単位 | 要介護４ | ５３３単位 |
| 要介護２ | ４２３単位 | 要介護５ | ５８８単位 |
| 要介護３ | ４７９単位 |  |  |

○所要時間４時間以上５時間未満の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  項目 | １日当たりの単位数 | 項目 | １日当たりの単位数 |
| 要介護１ | ３８８単位 | 要介護４ | ５６０単位 |
| 要介護２ | ４４４単位 | 要介護５ | ６１７単位 |
| 要介護３ | ５０２単位 |  |  |

○所要時間５時間以上６時間未満の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  項目 | １日当たりの単位数 | 項目 | １日当たりの単位数 |
| 要介護１ | ５７０単位 | 要介護４ | ８８０単位 |
| 要介護２ | ６７３単位 | 要介護５ | ９８４単位 |
| 要介護３ | ７７７単位 |  |  |

○所要時間６時間以上７時間未満の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  項目 | １日当たりの単位数 | 項目 | １日当たりの単位数 |
| 要介護１ | ５８４単位 | 要介護４ | ９０１単位 |
| 要介護２ | ６８９単位 | 要介護５ | １００８単位 |
| 要介護３ | ７９６単位 |  |  |

○所要時間７時間以上８時間未満の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  項目 | １日当たりの単位数 | 項目 | １日当たりの単位数 |
| 要介護１ | ６５８単位 | 要介護４ | １０２３単位 |
| 要介護２ | ７７７単位 | 要介護５ | １１４８単位 |
| 要介護３ | ９００単位 |  |  |

○加算・

|  |  |
| --- | --- |
| 種類 | １日当たりの単位数 |
| 入浴介助加算 | ５０単位 |
| 送迎を行わない場合 | △４７単位 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 一ヶ月の所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数 |
| サービス提供体制加算（Ⅱ） | １８単位 |
| 科学的介護推進体制加算 | ４０単位／月 |

上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の

通所介護計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

・当該地域は地域区分７級地なので10.14円／単位となります。

・介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、全額が利用者の自己負担となります。

・介護保険適用の場合でも、利用者の保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

（２）　介護保険給付対象外サービス

 ○　食費

　　食事サービスを受ける方は、食費として６７０円／１食（おやつ代含む）が必要となります。

○　おむつ代

　　おむつを使用される方は、おむつ代（パットタイプ３０円／１枚・フラットタイプ４０円／１枚・紙おむつ１７０円／１枚・布パンツ５０円／１枚）が必要となります。

　○　通常の事業の実施地域外の送迎費

　　事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費として通常の事業の実施地域を越えた地点から１ｋｍ当たり３０円が必要となります。

　○　その他の費用

　　通所介護サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

○　キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合はキャンセル料は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日の２日前までに連絡があった場合 | 無　料 |
| 利用日の前日に連絡があった場合 | 利用料自己負担部分の１０％ |
| 利用日の前日までに連絡がなかった場合 | 利用料自己負担部分の５０％ |

　（３）　利用料等のお支払方法

　　　毎月、１５日までに前月分の請求をし、２５日に指定口座より引き落しを行いますので、指定口座へ入金しておいて下さい。

　【介護予防通所介護料金表】

|  |  |
| --- | --- |
| 　区　　分 | ひと月当たりの単位数 |
| 要支援１ | １６４７単位 |
| 要支援２ | ３３７７単位 |
| 生活機能向上グループ　活動加算 | １００単位 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 一ヶ月の所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数 |

・当該地域は地域区分7級地なので10.14円／単位となります。

・介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、全額が利用者の自己負担となります。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

（２）　介護保険給付対象外サービス

 ○　食費

　　食事サービスを受ける方は、食費として６７０円／１食（おやつ代含む）が必要となります。

○　おむつ代

　　おむつを使用される方は、おむつ代（パットタイプ３０円／１枚・フラットタイプ４０円／１枚・紙おむつ１７０円／１枚・布パンツ５０円／１枚）が必要となります。

　○　通常の事業の実施地域外の送迎費

　　事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費として通常の事業の実施地域を越えた地点から１km当たり３０円が必要となります。

○　その他の費用

　　介護予防通所介護サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

　（３）　利用料等のお支払方法

　　　毎月、１５日までに前月分の請求をし、２５日に指定口座より引き落しを行いますので、指定口座へ入金しておいて下さい。

４　事業所の特色等

　(1)　事業の目的

　　　どのような状態にある者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防及びその重症化の予防・軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援することを目的とする。

(2)　運営方針

　　　要介護者・要支援者の心身の特長を踏まえて、その有する生活機能の維持・向上が出来るように配慮し、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

（3）その他

|  |  |
| --- | --- |
|  | 内容 |
| （介護予防）通所介護計画の作成及び事後評価 | 当事業所の管理者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、（介護予防）通所介護計画を作成し、交付します。また、サービスの目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修 | 月１回、介護についての研修を行っています。 |

５　緊急時等における対応方法

　サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、介護予防サービス計画を作成した地域包括支援センター、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医 | 病院名及　び所在地 |     |
| 氏名 |   |
| 電話番号 |   |
|  |
| 緊急時連絡先（家族等） | 氏名（続柄） | 　　　　　　　　　　　　　　　（　　　） |
| 住所 |     |
| 電話番号 |   |

６　非常災害時の対策

|  |  |
| --- | --- |
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 |
| 避難訓練及び防災設備 | 　別途定める消防計画にのっとり年１回避難訓練を行います。 |
| 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| 避難階段 | 1個所 | 屋内消火栓 | あり |
| 自動火災報知機 | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
| 誘導灯 | 2個所 |  |  |
| カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。 |

７　サービス利用に当たっての留意事項

　○　サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

○　施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

○　決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

○　他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○　所持金品は、自己の責任で管理してください。

○　施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

８　苦情処理

　　あなたは、当事業者の通所介護の提供について、いつでも苦情を申立てることができ

　ます。あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口　　　担　　当　管理者　　　　　　　土橋司

　　　　　　　　　電話番号　　　０５４５－７２-６６００

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申立てることができます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 富士市役所 | 担当窓口 | 介護保険課 |
| 電話番号 | ０５４５－５５－２８６３ |
| 富士宮市役所 | 担当窓口 | 介護障害支援課 |
| 電話番号 | ０５４４－２２－１１４１ |
| 静岡県国民健康保険団体連合会 | 担当窓口 | 介護保険課 |
| 電話番号 | ０５４－２５３－５５９０ |

９　損害賠償

　○　（介護予防）通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、

　　利用者に係る居宅支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

○　事業者は、(介護予防)通所介護を提供する上で、この契約の条項に違反し、または事業者の責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産等に損害を与えた場合には、その損害を速やかに賠償する義務を負います。

　当事業者は、重要事項説明書に基づいて、（介護予防）通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和　　年　　月　　日

　　　　事業者　　　　　　　住所　　　　　　　　富士市伝法６５７番地の1

　　　　　　　　　　　　　　事業者（法人）名　　有限会社吉原介護センター

代表者名　　　代表取締役　長原　良成　　　　印

施設名　　デイサービスセンターでんぼうの丘

　　　　説明者　　　　　　　職　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　亜

　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　私は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防)通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和　　年　　月　　日

利　用　者　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　あ

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　代　理　人　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　あ

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係　　　　　　　　　　　　　　　あ