

## 通所介護・(予防含む) デイサービス 重要事項説明書

平成 年 月 日

## 1 通所介護事業者の概要

名 称	株式会社 K's town	法人種別	株式会社
代表者名	河村 賢志		
所在地・連絡先	(住所) 〒502-0849 岐阜県岐阜市栄新町1丁目46番地 (電話) 058-232-8379 (FAX) 058-232-0777		

## 2 事業所の概要

## (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	ケアセンター 花の路。
所在地・連絡先	(住所) 〒502-0847 岐阜県岐阜市早田栄町4丁目26番地 (電話) 058-233-7061 (FAX) 058-233-7062
事業所番号	2170104299
管理者の氏名	深尾 美和
利用定員	25名 単位1 (一般) 25名

## (2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤 (人)	非常勤 (人)	
管理者	1	1		事業所と従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
生活相談員	2	2		事業所に対する指定通所介護の利用の申し込みに係る調整、他の通所介護者に対する相談・助言及び技術指導を行い、またその他の従業者と協力して通所介護計画の作成を行う。
介護職員	4	4		利用者の日常生活の支援、入浴及び送迎等の支援を行う。
看護職員	1		1	利用者の健康管理、医療との連携支援を行う。
機能訓練指導員	1		1	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練・指導及び助言を行う。

## (3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制		
	人数	勤務形態	勤務時間帯
管理者	1名	常勤兼務	8:30~17:30
生活相談員	2名	常勤兼務	8:30~17:30
介護職員	3名	常勤専従	8:30~17:30
介護職員	1名	常勤兼務	8:30~17:30
看護職員	1名	非常勤兼務	9:30~16:30
機能訓練指導員	1名	非常勤兼務	9:30~16:30

## (4) 事業の実施地域

事業の実施地域	岐阜市・山県市
---------	---------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

## (5) 営業日

営業日	月曜日～金曜日（祝日も営業しています）
平日	8:30～17:30
休業日	土曜日・日曜日および12月31日～1月3日
サービス提供時間	9:30～16:30

## 3 ケア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	(食事時間) 12:00～13:00 栄養士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。食事サービスの利用は任意です。
入浴	入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 入浴サービスの利用は任意です。
排泄	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。 〈当施設の保有するリハビリ器具〉 ・歩行器 1台 ・車いす 3台 ・パワーリハビリ機器 4台
生活指導	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	ご自宅から施設までの送迎を行います。

## イ) 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として下記料金表の利用料金が利用者の負担額となります。  
お客様の利用者負担額については、契約書に「別紙サービス内容説明書」にも記載します。

**【要介護・料金表】** (通常規模型通所介護)・岐阜市地域区分 (6 等級) 1 単位=10.27 円  
(1 割負担の方の場合) 《2 割負担の方は別途ご提示いたします》

○単位 (1 日につき) (自己負担分)

種類	利用料
要介護 1	6 5 6 単位
要介護 2	7 7 5 単位
要介護 3	8 9 8 単位
要介護 4	1, 0 2 1 単位
要介護 5	1, 1 4 4 単位

○加算 (1 日につき) (自己負担分)

種類	利用料
入浴介助加算	5 0 単位
サービス提供体制強化加算Ⅱ	6 単位
介護職員処遇改善加算	介護サービス総単位数の 4.0 %

○減算 (1 回につき) 自己負担分

居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき 4 7 単位 を所定単位数から減算する。(要介護のみ)

**【要支援・料金表】**

○単位 (1 ヶ月につき) (自己負担分)

種類	利用料
要支援 1	1, 6 4 7 単位
要支援 2	3, 3 7 7 単位

○単位 (1 回につき) (自己負担分)

種類	利用料
総合事業対象者 (要支援 1、4 回まで/月)	3 7 8 単位/1 回
総合事業対象者 (要支援 2、8 回まで/月)	3 8 9 単位/1 回

○加算 (1 ヶ月につき) (自己負担分)

種類	利用料
サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援 1 2 4 単位
同上	要支援 2 4 8 単位
介護職員処遇改善加算	介護サービス総単位数の 4.0 %

(H 2 8 . 4)

- ・介護保険給付の支給限度額を超えてサービスをご利用される場合は、限度額を超えたサービス分は利用者の全額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、事業者へ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、お客様は利用料金全額をお支払いください。  
介護認定を受けた後、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます。

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。(償還払い)

(2) 介護保険給付対象外サービス

食材料費	610円
ソフト食事（嚥下が困難な方でご希望により）	100円（別途）
おむつ代	100円（1枚）
おやつ代	60円
通所介護の提供に当たって通常必要となる日常生活上の便宜の提供にかかる費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用	実費

○ 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、キャンセル料をいただきます。
- ・利用者は、事業者に対して、介護サービス提供日の前日までに通知することにより、キャンセル料金を負担することなく介護サービス利用を中止することができます。
- ・当日 10：00 以降のキャンセルにかぎり昼食代（実費）のキャンセル料が発生致します。

(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いたしますので、末日までに当社指定口座に振り込み送金、又は口座自動引落、あるいは現金にてお支払いください。

※ご入金確認後、必要に応じて領収証を発行します。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

株式会社 K's town が実施する指定通所介護（予防含む）事業所が行う指定通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員または、看護職員、介護職員等の従業者が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、利用者の意志及び人格を尊重し利用者の立場に立った適正な指定通所介護を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

本事業の通所介護（予防含む）従事者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護等日常生活上必要な世話及び機能訓練を行う。

2 事業の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他の保険・医療又は福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) その他

事 項	内 容
通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。 また、サービスの提供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）に記載してお客様に説明のうえ交付します。

従業員研修	入社2ヶ月以内及び随時。
-------	--------------

## 5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所 お客様相談窓口	・窓口責任者 生活相談員 ご利用時間 8：30～17：00 ご利用方法 電話：058-233-7061 面接：事前にお電話等で要予約
岐阜市役所介護保険課	住 所 岐阜市今沢町18番地 電 話 058-265-4141（代表） 受付時間 8：45～17：30 （土日祝日及び12月31～1月3日はお休みです）
岐阜県国民健康保険連合会	住 所 岐阜市下奈良2丁目2番1 電 話 058-275-9826 受付時間 9：00～17：00 （土日祝日及び12月31～1月3日はお休みです）

## 6 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つた場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、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	

緊急連絡先 （ご家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住所	
	電話番号	

## 7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める対応マニュアル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2回避難訓練を行います。

## 8 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。
- 健康増進法により敷地内は禁煙となっています。
- 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執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

※送迎に関するサービス内容について

送迎時間	迎え 時 分頃 到着予定 / 送り 時 分 到着予定
送迎の対応	杖：有・無 / 車椅子：有・無 / その他
移動時間	施設到着までの予定時間 分 / 自宅到着までの予定時間 分

※利用者様宅での注意事項

(事業者) 事業所名 ケアセンター 花の路。デイサービス  
 住 所 岐阜県岐阜市早田栄町4丁目26番地  
 説明者名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

平成 年 月 日

ご利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

ご利用者ご家族 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印