

通所介護（通所介護相当サービス）重要事項説明書

当事業所はゲスト様に対して指定通所介護（通所介護相当サービス）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1 事業者

(1) 法人名	社会福祉法人高佳会
(2) 法人所在地	岐阜県岐阜市玉井町17番地
(3) 電話番号	058-267-1294
(4) FAX番号	058-267-1293
(5) 代表者氏名	理事長 高田 良彦
(6) 設立年月日	平成13年7月9日

2 事業所の概要

(1) 事業所の種類	指定通所介護事業所 平成14年4月1日指定 指定介護予防通所介護事業所 平成18年4月1日指定 通所介護相当サービス事業所 平成30年4月1日指定
------------	---

岐阜市2170102046号

(2) 事業所の目的	要介護状態（介護予防にあっては要支援及び事業対象者）にある高齢者に対し、適正な指定通所介護（通所介護相当サービス）を提供することを目的とする。
(3) 事業所の名称	デイサービスセンターいきいき
(4) 事業所所在地	岐阜県岐阜市玉井町17番地
(5) 電話番号	058-267-1296
(6) FAX番号	058-267-1293
(7) 管理者氏名	福田 吉孝
(8) 事業所の運営方針	指定通所介護は、要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、ゲスト様が可能な限りその居宅において、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、さらにゲスト様の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他、必要な援助を行う。

通所介護相当サービスは、ゲスト様の心身機能の改善、環境調整等を通じて、自立を支援し生活の質の向上に資するサービス提供を行い、意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこととする。

(9) 開設年月日	平成14年4月1日
-----------	-----------

3 事業所の設備の概要

建物の構造	鉄筋コンクリート造 4階建※
延べ床面積	1701.05㎡※
定員	50人
食堂兼機能訓練室	1室
浴室	一般浴槽 特別浴槽
静養室	和室1室
相談室	1室
送迎車	5台(6台)

※併設する他の事業所を含みます。

4 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 岐阜市、山県市、各務原市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日(12月31日から1月3日まで除く)
受付時間	営業日の午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	営業日の午前9時30分から午後4時40分まで
サービス提供時間を超えての時間外サービスもございます。 ※サービス利用料金参照	

5 事業所の職員体制

当事業所では、ゲスト様に対して指定通所介護（通所介護相当サービス）を提供する職員として、以下の職種の職員体制を整えております。職員の配置については、指定基準を遵守しております。

(1) 管理者 1名

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。

なお、管理者は支障のない限り、社会福祉法人高佳会が設置する同一施設内にある他の事業所等（以下「他の事業所等」という。）の業務及び通所介護従事者業務を兼ねることがあります。

(2) 通所介護従事者 生活相談員 2名以上（兼務）

看護職員 1名以上

介護職員 8名以上

通所介護従事者は、指定通所介護（通所介護相当サービス）の業務にあたります。

生活相談員は、通所介護（通所介護相当サービス）の利用申込にかかる調整、通所介護計画（介護予防計画）の作成等を行います。また、ゲスト様に対し日常生活上の介護その他必要な業務の提供にあたります。

看護職員は、ゲスト様の心身・生活の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の看護や健康管理、その他必要な業務の提供にあたります。

介護職員は、ゲスト様の心身・生活の状況を的確に把握し、日常生活に関わる介護、その他必要な業務の提供にあたります。

- (3) 機能訓練指導員 1名以上
機能訓練指導員は、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、助言を行います。
- (4) 看護師又は歯科衛生士 1名以上（兼務）
看護師又は歯科衛生士は、口腔機能向上サービスのための訓練指導、助言を行います。
- (5) 調理員（委託）
ゲスト様の昼食等を調理します。
- (6) 事務職員 1名以上
事務職員は、事業所の必要な事務を行います。なお、事務職員は、支障のない限り他の事業所等の事務を兼ねます。

職種	勤務体制
介護職員	勤務時間：午前9時30分から午後4時40分 介護保険法で定められた人員配置人数勤務致します。
看護職員	勤務時間：午前9時30分から午後4時40分 原則として1名の看護職員が勤務します。
機能訓練指導員	勤務時間：午前9時30分から午後4時40分 上記時間帯に専任の機能訓練指導員が勤務します。
看護職員／歯科衛生士	月2回程度、口腔機能向上サービスを行います。

6 サービスの概要

- (1) 食事
栄養士の献立表により、栄養ならびにゲスト様の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供致します。
食事時間 12:00～13:00
- (2) 入浴
ゲスト様の心身状態や残存能力を最大限活用し入浴又は清拭の支援を行います。
- (3) 排せつ
ゲスト様の排せつの介助を行いません。
- (4) 機能訓練
機能訓練指導員により、ゲスト様の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
- (5) 送迎サービス
ゲスト様の希望により、ご自宅前と事業所間の送迎サービスを行いません。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、所定の送迎費用をご負担いただきます。
- (6) アクティビティサービス（選択）
ゲスト様の希望により、事業所が行なうアクティビティサービスを選択いただき、参加いただけます。利用料金は、材料費等実費をいただく場合もあります。

7 サービス利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

<通所介護費>

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所介護費(7~8)	658 単位	777 単位	900 単位	1023 単位	1148 単位
個別機能訓練加算(I)イ (1日)	56 単位	56 単位	56 単位	56 単位	56 単位
入浴介助加算I(1日)	40 単位	40 単位	40 単位	40 単位	40 単位
口腔機能向上加算(I)	150 単位	150 単位	150 単位	150 単位	150 単位
科学的介護推進体制加算(月)	40 単位	40 単位	40 単位	40 単位	40 単位

*口腔機能向上は介護保険制度上、月2回までになっております。

介護職員等処遇改善加算II	介護報酬合計額の9.0%
地域区分6級地(6%)	1単位あたりの単価 10.27円

○利用料合計(1日あたり)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料 合計	1704円	1832円	1967円	2099円	2234円

※食材費(850円)含めたおよその合計額です。加算の利用状況等で利用料合計は増減いたします。

○その他加算

サービス提供体制強化加算(I)(1日)	22 単位	栄養改善加算(1回)*2回が限度	200 単位
サービス提供体制強化加算(II)(1日)	18 単位	若年性認知症利用者受入加算(1日)	60 単位
サービス提供体制強化加算(III)(1日)	6 単位	中重度者ケア体制加算(1日)	45 単位
個別機能訓練加算(II)(月)	20 単位	入浴介助加算II(1日)	55 単位
認知症加算(1日)	100 単位	生活機能向上連携加算II(月)	200 単位

*上記加算は加算要件が整った場合に算定致します。

<通所介護相当サービス費>

	要支援1 事業対象者	要支援2 事業対象者
介護予防・日常生活支援総合事業 通所介護相当サービス ※ 注1(月)	1798 単位	3621 単位
介護予防・日常生活支援総合事業 通所介護相当サービス ※ 注2(回数)	436 単位	447 単位

※注1 要支援1・2の認定を受けられた方・基本チェックリスト該当者(事業対象者)により定められた1ヶ月あたりの利用料です。

※注2 要支援1・2の認定を受けられた方・基本チェックリスト該当者(事業対象者)により定められた1回あたりの利用料です。

要支援1／事業対象者の方は1月の中で4回まで 要支援2／事業対象者の方は1月の中で5～8回まで を限度としています。

○加算

	要支援1	要支援2
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150単位	150単位
一体的サービス提供加算（Ⅰ）	480単位	480単位
科学的介護推進体制加算	40単位	
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	介護報酬合計額の9.0%	
地域区分6級地（6%）	1単位あたりの単価 10.27円	

○その他加算

（月単位）

	要支援1	要支援2
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位	160単位
栄養改善加算（1回）＊2回が限度	200単位	200単位
生活機能向上グループ活動加算	100単位	100単位
サービス提供体制強化加算Ⅰ	88単位	176単位
サービス提供体制強化加算Ⅱ	72単位	144単位
サービス提供体制強化加算Ⅲ	24単位	48単位

上記加算は加算要件が整った場合に算定致します。

※ゲスト様が、まだ要介護認定を受けていない場合及び居宅サービス計画（介護予防サービス支援計画又は介護予防マネジメント）が作成されていない場合には、認定後もしくは居宅サービス計画（介護予防サービス支援計画又は介護予防マネジメント）作成後に支払うものとします。

※サービスの提供する職人体制において、介護福祉士或いは経験ある職員の配置状況に変更があり、介護保険からの給付額に変更が生じる場合があります。その場合には、変更された額に合わせて、ゲスト様の負担額を変更します。

※ゲスト様が要介護（要支援及び事業対象者）認定を受けていない状態でサービスを受け、自立（非該当）と判定された場合には、利用者は要支援の認定を受けられた方もしくは基本チェックリスト該当者（事業対象者）により定められた1回あたりの要支援1相当のサービス利用料金を利用回数分に応じた金額の全額を事業者を支払います。

※サービス利用料は、原則として介護保険負担割合証に応じた1割又は2割、3割の額をご負担いただきます。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。

※利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改訂された場合は、自動的に改訂されます。その場合は、事前に新しい利用料をお知らせします。

○その他減算

	要支援1	要支援2	要介護1～5
同一建物に対する減算 ※1	-376単位/月	-752単位/月	-94単位/日
送迎減算 ※2	-47単位/片道		

※1 通所介護事業所と同一建物に居住する方に対しては、所定金額を減算致します。

※2 送迎を実施しなかった場合、片道に対し所定金額を減算致します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

ご利用サービス	利用料金
食事の提供に要する費用	850円/日
材料費（サークル等）	実費
おむつ代（1枚あたり）	100円
通常の事業実施区域外への送迎（1kmあたり）	50円

通常の営業時間を超えて利用者をお預かりする場合の利用料

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

8 キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただしご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

サービス提供日の前日午後5時まで （前日が定休日の場合は、その定休日の前日の午後5時まで）にご連絡いただいた場合	無 料
サービス提供日の当日午前 8 時半までにご連絡いただいた場合	食費のみ請求することがあります。
サービス提供日の当日午前8時半までにご連絡いただかなかった場合	食費、利用料金の1割又は2割、3割相当分（自己負担分）を請求することがあります。

9 利用料金のお支払い方法

利用料金のお支払いは下記のとおりとします。

<input type="checkbox"/> 座振替	利用月 1 ヶ月分を翌月 27 日ご指定の口座より口座振替にてお支払いいただきます。
------------------------------	--

10 苦情申立窓口

デイサービスセンターいきいき	受付窓口	岐阜市玉井町 17 番地
	受付時間	平日午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
	電話番号	058-267-1296
	苦情受付担当者	福田 吉孝
	苦情解決責任者	高田 文絵
岐阜市役所 介護保険課	受付窓口	岐阜市司町 40 番地 1
	受付時間	平日 午前 8 時 45 分～午後 5 時 30 分
	電話番号	058-265-4141

岐阜県国民健康保険 団体連合会	受付窓口	岐阜市下奈良 2-2-1 岐阜県福祉農業会館内 4階
	受付時間	平日 午前9時00分～午後5時00分
	電話番号	058-275-9826 (直通)

1.1 緊急時の対応方法

ゲスト様の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医又は協力医療機関に連絡を取る等必要な措置を講じます。

協力医療機関	名 称	近石病院
	開 設 者	近石 登喜雄
	所 在 地	岐阜市光町 2-46
	電話番号	058-232-2111
協力歯科医療機関	名 称	ぎふデンタルフォレスト
	開 設 者	高田 良彦
	所 在 地	岐阜市伊奈波通 3-12-5
	電話番号	058-266-5611
利用者の主治医等	別紙サービス利用書にて指定する主治医等	

年 月 日

指定通所介護（通所介護相当サービス）の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

デイサービスセンターいきいき

（説明者職名） _____

（説明者氏名） _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護（通所介護相当サービス）の提供開始に同意しました。

（利用者住所） _____

（利用者氏名） _____ 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（令和3年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。
--