

重要事項説明書

地域密着型通所介護

利用者： _____ 様

事業所： _____ デイサービス 安

通所介護・第一号通所介護 重要事項説明書

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話：0572-52-2155（月曜日～日曜日 8：30～17：30）

2. 事業者（法人）の概要

法人名称 株式会社 I T Y
 代表者 代表取締役 樋田 真理
 法人本部所在地 岐阜市切通七丁目3番24号
 電話番号 058-240-7678
 法人設立 平成30年

3. 事業所の概要

(1) 通所介護事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	デイサービス 安
所在地	岐阜県土岐市曾木町1714
介護保険指定番号	第2191880042号
サービス提供地域	土岐市

(2) 同事業所の職員体制

職 種	資 格	常 勤	非常勤	業務内容	計
管理者	初任者研修	1名		生活相談員などの従業者の管理、また指定通所介護の利用者申込に係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。 当事業所の従事者に、厚生省令で定められた指定通所介護の人員基準及び運営に関する基準を遵守させるために、必要な指揮命令を行います。	1名
生活相談員	介護福祉士 初任者研修	1名	1名	生活相談員は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定通所介護の目標を達成するための具体的なサービスの内容等を、利用者のニーズに合わせて説明します。又、指定通所介護の利用申込に係る連絡調整、介護職員に対する技術指導などサービスの内容の管理を行います。	2名

介護職員	実務者研修 及びヘルパー 2級修了者 無資格	2名	4名	利用者の心身状況を把握し、日常生活 介護等、通所介護サービスの実施を行 います。	6名
看護職員	看護師及び 准看護師	名	1名	利用者の心身状況を把握し、バイタル チェックなど健康管理を行います。	1名
機能訓練 指導員	看護師及び 准看護師	名	1名	利用者の心身機能向上のための訓練指 導、助言等を行います。	1名

(3) 営業日及び営業時間

- ① 営業日 月曜日～日曜日 但し、12/30～1/2を除く。
 ② 営業時間 午前時8時30分～午後5時30分
 ③ サービス提供時間 午前9時15分～午後4時30分

4. サービスの内容

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、口腔機能向上、アクティビティその他必要な介護等を行います。

5. 利用料金

(1) 利用料

介護保険適用	単位	一割負担分	二割負担分
要支援1	1,672 単位/月	1,672 円/月	3,344 円/月
要支援2	3,428 単位/月	3,428 円/月	6,856 円/月
要介護1	750 単位/回	750 単位/回	1,500 円/回
要介護2	887 単位/回	887 単位/回	1,774 円/回
要介護3	1,028 単位/回	1,028 単位/回	2,056 円/回
要介護4	1,168 単位/回	1,168 単位/回	2,336 円/回
要介護5	1,308 単位/回	1,308 単位/回	2,616 円/回

① (介護予防) 通所介護の加算料金

介護保険適用	単位	一割負担分	二割負担分
介護職員処遇改善加算Ⅰ	毎月算定単位の 5.9%	毎月算定単位の 5.9%の一割分	毎月算定単位の 5.9%の二割分
介護職員特定処遇改善加算Ⅱ	毎月算定単位の 1.0%	毎月算定単位の 1.0%の一割分	毎月算定単位の 1.0%の二割分

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。

② 通所介護の加算料金

介護保険適用	単位	一割負担分	二割負担分
入浴介助加算	40 単位/日	40 円	80 円
介護職員処遇改善加算 I	毎月算定単位の 5.9%	毎月算定単位の 5.9%の一割分	毎月算定単位の 5.9%の二割分
介護職員特定処遇改善加算 II	毎月算定単位の 1.0%	毎月算定単位の 1.0%の一割分	毎月算定単位の 1.0%の二割分

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。

- ・利用者に対して、その居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合は、利用料が片道につき 47 単位減額されます。

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

食材料費用	昼食 550 円	おやつ 100 円
レクリエーション材料費	50 円/日	
オムツ	100 円/枚	

(2) 交通費

- ①実施地域を越えた地点から、片道 5 キロメートル未満 100 円
- ②実施地域を越えた地点から、片道 5 キロメートル以上 2 キロメートルを増すごとに 100 円

(3) キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先：デイサービス 安 電話：0572-52-2155)

① 利用日の前営業日の午後 5 までにご連絡いただいた場合	無 料
② 利用日の前営業日の午後 5 時までにご連絡がなかった場合	500 円

(4) 料金の支払方法

利用料金のお支払方法は、口座引き落とし又は指定口座への振込みとさせていただきます。

当月のご利用分を翌 15 日前後に請求書を郵送しますので、請求月の末日までに以下の金融機関口座にお振込みください。

【振込先】

大垣共立銀行 梅林支店 普通 634520 株式会社 I T Y

(5) 介護保険給付対象外のサービス

介護保険給付対象外のサービスにつきましては、別途契約のうえ、お支払いいただきます

6. 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週間前までに書面にてお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

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、事前に書面にて通知します。

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
- ・ 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、お客様は書面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2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ご利用を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、速やかに事業所にお申し出ください。

7. 緊急時の対応

万が一事故が発生した場合、損害賠償の範囲内で賠償します。

サービスの提供中に様態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、居宅支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

8. 身体拘束の禁止

原則として、契約者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に契約者及びその家の家族への十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様および時間、その際の契約者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

9. 虐待防止の為の措置

事業者は、契約者の人権の擁護・虐待の防止のため、次の設置を講ずるよう努めるものとする。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- (2) 成年後見人制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 従事者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修実施

緊急連絡先①

氏名		続柄	
住所	〒 電話		

緊急連絡先②

氏名		続柄	
住所	〒 電話		

主治医

医療機関		主治医	
住所	〒 電話		

10. 相談・苦情窓口

○サービス提供に関するご相談や苦情は次の窓口で対応します。

デイサービス 安 (担当者) 加藤 美里	電話番号0572-52-2155 (FAX兼用)
-------------------------	-----------------------------

○公的機関についても、次の機関において苦情申し出等ができます。

岐阜県国民健康保険団体連合会	電話番号 058-273-1111
土岐市高齢介護課	電話番号 (0572) 54-1111
東濃県事務所福祉課	電話番号 (0572) 23-1111

11. 組織の概要

名称	株式会社 I T Y
代表者名	代表取締役 樋田 真理
本店所在地 電話番号	岐阜市切通七丁目3番24号 TEL : (058) 240-7678
業務の概要	通所介護・訪問介護

12. 第三者評価の実施状況

実施 あり

なし

通所介護、第一号通所介護事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び書面に基づいて重要な事項を説明しました。

説明日 令和 年 月 日

<事業者> 所在地： 岐阜県岐阜市切通七丁目3番24号
名 称： 株式会社 ITY
代表者： 代表取締役 樋田 真理
説明者： 所 属： デイサービス 安

氏 名 _____ 印

<利用者> 住 所： _____

氏 名： _____ 印

(身元保証人・代理人等)

住 所： _____

氏 名： _____ 印

(家族 ・ 法定代理人 ・ 法定後見人)

