

通所介護（通所介護相当サービス）重要事項説明書

＜令和6年6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窓口

電 話：058-231-6886（月曜日～金曜日 9：00～12：50）

2. 事業者（法人）の概要

法人名称 株式会社 平成調剤薬局

代表者 代表取締役 大橋 哲也

法人本部所在地 岐阜県岐阜市八代一丁目3番3号

電話番号 058-232-2232

法人設立 平成4年

施設等（種別）

- 平成介護福祉センター ながらの家 （サービス付き高齢者向け住宅）
- デイサービス 金華のさと （通所介護相当サービス・通所介護）
- 訪問介護ステーション ながらの家 （訪問介護相当サービス・訪問介護）
- 訪問看護ステーション 平成 （介護予防訪問看護・訪問看護）

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 金華のさと
所在地	岐阜県岐阜市八代一丁目3番3号
介護保険指定番号	岐阜市 第2170113944号
サービス提供地域	岐阜市・山県市

※ 上記以外の地域にお住まいの方でもお気軽にご相談下さい

(2) 同事業者の職員体制

職 種	資 格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	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	2名	5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。	7名
介護職員	実務者研修及びヘルパー2級修了者	1名	1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。	2名
看護職員	看護師及び准看護師	3名	0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。	3名
機能訓練指導員	理学療法士	3名	0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。	3名

(3) 営業日及び営業時間

- ① 営業日 月曜日～土曜日 但し、12/30～1/3を除く。
祝日の営業につきましては、その都度連絡致します。
- ② 営業時間 午前9時00分～午後12時50分
- ③ サービス提供時間 午前9時30分～午後12時30分

4. サービスの内容

通所介護計画に沿って、送迎、機能訓練、口腔機能向上、アクティビティー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	三割負担分
要支援 1	1,798 単位/月	1,847 円/月	3,693 円/月	5,540 円/月
要支援 2	3,621 単位/月	3,719 円/月	7,438 円/月	11,156 円/月
要介護 1	370 単位/回	380 円/回	760 円/回	1,140 円/回
要介護 2	423 単位/回	434 円/回	869 円/回	1,303 円/回
要介護 3	479 単位/回	492 円/回	984 円/回	1,476 円/回
要介護 4	533 単位/回	547 円/回	1,095 円/回	1,642 円/回
要介護 5	588 単位/回	604 円/回	1,208 円/回	1,812 円/回

① 通所介護相当サービスの加算料金

介護保険適用	単位	一割負担分	二割負担分	三割負担分
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ	毎月算定単位 の 8.0%	毎月算定単位 の 8.0%の一割	毎月算定単位 の 8.0%の二割分	毎月算定単位 の 8.0%の一割

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	三割負担分
個別機能訓練加算Ⅰ口	76 単位/日	78 円	156 円	234 円
入浴介助加算	40 単位/日	41 円	82 円	123 円
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ	毎月算定単位 の 8.0%	毎月算定単位 の 8.0%	毎月算定単位 の 8.0%	毎月算定単位 の 8.0%

- ・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。
- ・地域区分 6 級地のため、10.27 円/単位となります。
- ・当事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者又は同一の建物から通う利用者は、原則として 1 日につき利用料が 94 単位減額されます。
- ・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。

(2) 交通費

- ① 実施地域を越えた地点から、片道 10km 未満 200 円
- ② 実施地域を越えた地点から、片道 10km 以上 2km 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 金華のさと 電話：058-231-6886)

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、口座引き落としとさせていただきます。翌月10日前後に請求書を郵送し、請求月の28日のお支払いとなります。

(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（この場合、条件を変更して再度契約することができます。）
- ・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2週間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。

7. 守秘義務に関する対策

当事業所及び従業員は、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

8. 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。

①	当事業所の窓口	電話番号 058-231-6886 FAX番号 058-215-6117 担当者：林 受付時間 月曜日～土曜日 8時40分～12時20分
②	居宅介護支援事業所の窓口	お客様が契約を結んでいる居宅介護支援事業所になります
③	市町村の窓口	岐阜市役所 福祉部 介護保険課 電話：058-265-4141 受付時間 平日 8時45分～17時30分
④	市町村の窓口	山県市役所 健康介護課 電話：0581-22-6838 受付時間 平日 8時30分～17時15分
⑤	国保連合会介護保険苦情相談窓口	岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情相談係 電話：058-275-9826 受付時間 平日 9時00分～17時00分

名称	株式会社 平成調剤薬局
代表者名	代表取締役 大橋 哲也
本店所在地	岐阜県岐阜市八代一丁目3番3号
電話番号	TEL：(058) 232-2232
業務の概要	薬局・レストラン・サービス付き高齢者向け住宅 通所介護・訪問介護・訪問看護・(予防事業・総合事業含む)

9. 高齢者虐待防止に関する対策

人権の擁護・虐待の発生、その再発を防止するために高齢者虐待防止委員会を設置し、その結果について従業員へ周知します。ほか、指針の整備、研修を実施します。

サービス提供中に、当該事業所従業員又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

10. 身体拘束の適正化

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。

ただし、下記の通り、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は事前に利用者及び家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の利用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。

（1）緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事が考えられる場合

（2）非代替性：身体拘束以外に、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事を防止する事ができない場合

（3）一時性：利用者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解く

12. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご家族、市町村、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。

また、当事業所の介護サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに損害賠償いたします。なお、当事業所は損害保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

13. 緊急時の対応

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、家族、居宅支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

14. 非常災害対策

当事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、業務継続計画（BCP）を作成し研修 および訓練を行います。また、常に関係機関と連絡を密にし、非常災害時には必要な措置を講じます。利用者（家族）とは、非常災害時の対応について定期的に確認します。

15. 感染症の予防及びまん延防止のための対策

事業所内の衛生管理、介護ケアにかかる感染対策を行い、感染症の予防に努めます。

感染症の発生、その再発を防止するために感染症対策委員会を設置し、その結果について従業員へ周知します。ほか、指針の整備、研修および訓練を実施します。

また、新たな感染症発生時に対しては、業務継続計画（BCP）に基づいて対応します。

通所介護及び通所介護相当サービス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いたしました。

説明日 令和 年 月 日

<事業者> 所在地： 岐阜県岐阜市八代一丁目3番3号
名称： 株式会社 平成調剤薬局
代表者： 代表取締役 大橋 哲也 印
説明者： 所属： デイサービス 金華のさと

氏名 _____ 印

<利用者> 住所： _____

氏名： _____ 印

(代理人) 住所： _____

氏名： _____ 印

代理人（ 家族 ・ 法定代理人 ・ 法定後見人 ）

個人情報使用同意書

事業所名 デイサービス 金華のさと
事業所番号 2170113944
所在地 岐阜県岐阜市八代一丁目3番3号
代表者名 株式会社 平成調剤薬局 代表取締役 大橋 哲也 殿

1. (個人情報について)

この度、通所介護及び通所介護相当サービスを利用するにあたり、利用者及びその家族の個人情報をサービス担当者会議、及び当該サービス事業所間での情報提供において用いることについて同意します。

2. (肖像権について)

- ・ 利用期間中の様子を写真やビデオ撮影等、行われることについて
同意 (します・しません)
- ・ 撮影された写真や映像を利用施設内にて使用されることについて
同意 (します・しません)
- ・ 撮影された写真や映像を外部に案内用として使用されることについて
同意 (します・しません)

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

家族または代理人氏名 _____ 印

緊急時連絡先同意書

令和 年 月 日

デイサービス 金華のさと 殿

利用者名： _____

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、主治医、救急隊、親族、居宅支援事業者等へ連絡することに同意いたします。

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 _____		