

地域密着型通所介護・第1号通所事業

重要事項説明書

《 令和 6 年 4 月 1 日現在 》

【 デイサービス ピアかなで 】

当事業所は、利用者に対して地域密着型通所介護（以下「通所介護」）及び第1号通所事業を提供します。当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意し頂きたいことを次の通り説明します。

1 事業者（法人）の概要

法人名	株式会社コモード
所在地	静岡県菊川市下内田 4044-1
連絡先	0537-37-1220
代表者氏名	代表取締役 八木吏予子
設立年月日	平成 23 年 9 月 13 日

2 事業所の概要

(1) 事業所の名称及び介護保険事業所番号・開所日

事業所名	デイサービス ピアかなで
所在地	掛川市大坂539番地 大東ショッピングプラザ「ピア」内
連絡先	0537-28-8988
管理者氏名	白松典子
介護保険事業所番号	2297400174
指定年月日・開所日	令和 5 年 4 月 1 日
通常事業所実施地域	掛川市（第1号通所事業は掛川市・菊川市）

(2) 事業所の目的

事業所の生活相談員、その他の職員が（以下「職員」という。）要支援及び要介護状態にある高齢者等（以下「利用者」という。）に対し、適正な通所介護及び第1号通所事業サービスを提供することを目的とする。

(3) 事業所の運営方針

事業所の職員は、運動機能回復訓練、その他日常生活動作訓練等を行うことにより、利用者が可能な限り居宅で、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう支援するものとする。また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、良質な通所介護及び第1号通所事業の提供に努めるものとする。

(4) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで 祝日営業
営業時間	(営業時間) 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで。 (サービス提供時間) 地域密着型通所介護・第1号通所事業 午前 9 時 00 分から午後 12 時 05 分 地域密着型通所介護・第1号通所事業 午後 1 時 20 分から午後 4 時 25 分

3 職員の体制(デイサービス主たる職員)

職員の職種	員数	常勤		非常勤		常勤換算後の人員	事業所の指定基準	保有資格
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1名		1名				1名	介護支援専門員1名
生活相談員	2名		2名				1名	介護福祉士 2名
看護職員	2名				2名		1名	看護師 2名
介護職員	2名		2名				1名	介護福祉士 2名
機能訓練指導員	3名		2名		1名		1名	柔道整復師1名 看護師 2名

4 事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

通所介護及び第1号通所事業サービスの内容は次の通りとし、通所介護及び第1号通所事業を提供した場合の利用料金の額は介護報酬の告示上の額とし、当該通所介護及び第1号通所事業サービスが法定代理受理サービスであるとき、利用者の負担は定められた負担割合による額とする。

① サービス内容

・介護サービス(移動や移乗の介助、見守り等の援助)	・日常動作訓練、機能訓練指導
・送迎	・教養講座の提案、援助
・運動機能向上管理	・健康管理
	・アクティビティの援助、見守り
	・相談及び助言

《事業費》

(1) 利用料金

① 第1号通所事業費

*介護保険適用の場合でも介護保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦、利用者が介護サービス費の全額(10割)を支払い、その後市町村に対して保険給付分を請求していただくこととなります。

サービスの種類	第1号通所事業サービス費
第1号通所事業	要支援1・事業対象者(週1回程度) 1798単位/月
	要支援2・事業対象者(週2回程度) 3621単位/月

② 利用料金の加算(対象者)

内容	介護サービス費
科学的介護推進加算	40単位/月
サービス提供体制強化加算 I	要支援1・事業対象者(週1回程度) 88 単位/月
	要支援2・事業対象者(週2回程度) 176 単位/月
介護職員処遇改善加算 I	算定単位数×9.2%

※1単位は10.14円となります。但し、菊川市が保険者の方は10円となります。

③ 送迎減算

居宅と指定通所介護事業所との送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算致します。

《介護給付》

(1) 利用料金

① 地域密着型通所介護

*介護保険適用の場合でも介護保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦、利用者が介護サービス費の全額(10割)を支払い、その後市町村に対して保険給付分を請求していただくこととなります。

サービスの種類	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
地域密着通所介護	416単位/回	478単位/回	540単位/回	600単位/回	663単位/回

② 介護サービス費と加算(対象者)

個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56単位/回
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76単位/回
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位/回
ADL維持等提供加算(Ⅰ)	30単位/回
ADL維持等提供加算(Ⅱ)	60単位/回
科学的介護推進体制加算	40単位/月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	算定単位数×9.2%

※個別機能訓練加算Ⅰロは、人員状況により『個別機能訓練加算Ⅰイ(56単位/回)』を算定する場合があります。
※1単位は10.14円となります。

③ 送迎減算

居宅と指定通所介護事業所との送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算致します。

(2) 介護報酬対象外サービス

リハビリパンツ代	実費で頂きます。
個別の趣味活動代	その都度書面にてご説明をさせていただきます。

(3) 請求書の発行と利用者負担金の支払い方法

利用料金の支払いは、毎月15日までに前月分の利用者負担額の明細を明記した請求書を発行し請求します。利用者又はそのご家族は、毎月27日までに、前月分の利用者負担額を口座振替の方法で支払うものとします。

(4) 領収書の発行

事業所は、利用者又はそのご家族より利用料金の支払いを受けた場合は、領収書を発行します。

(5) 利用時間中の中止

次の事由に該当する場合、利用時間中でもサービスを中止し、帰宅していただく場合があります。

- ① 利用者が中途帰宅を希望した場合
- ② 利用時の健康チェックの結果、異常がみられた場合
- ③ 利用中に体調が悪くなった場合

※サービス提供中に容態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治の医師、緊急連絡先、担当介護支援専門員等へ連絡し必要な措置を講じます。連絡後は、緊急の場合を除きご家族で対応していただきます。

5 サービスの利用に関する留意点

- ① 背信行為又は反社会的行為によって、他者を傷つけないで下さい。
- ② 宗教・習慣の相違等で他者を排斥したり、自己の利益のために他者の自由を侵さないで下さい。
- ③ 施設の集合性により、最低限必要な管理についてはこれを遵守して下さい。
- ④ 故意に施設の設備・備品を破損しないで下さい。
- ⑤ 指定通所介護サービス及び第1号通所事業の利用に必要なものは、持参しないで下さい。(貴重品、食品等)

6 相談窓口・苦情対応

◎サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

	苦情解決 担当者	管理者	白松典子	
	利用時間	営業日の午前 8時30分 ~ 午後 5時30分		
	利用方法	電話、手紙、窓口等何でも可能		
	電話番号	0537-28-8988		
	ファックス番号	0537-28-8199		
	静岡県国民健康保険団体連合会	054-253-5590		
	各市町村の介護保険課	掛川市 長寿推進課 0537-21-1363 菊川市 長寿介護課 0537-37-1253		
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等				
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取り組みの状況				
	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施した年月日	
			当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
第三者による評価の実施状況				
	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施した年月日	
			実施した評価機関の名称	
			当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり

7 緊急時における対応方法

サービス提供中に、利用者の病状、心身状態等が悪化した場合、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治の医師、歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

8 損害賠償について

当事業所の責任により利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに誠意をもって、損害賠償を行います。

令和 年 月 日

指定通所介護サービス及び第1号通所事業サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービス ピアかなで

説明者 _____ 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、指定通所介護及び第1号通所事業サービスの提供の開始に同意いたしました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

利用者の家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

続柄 _____