

デイサービスセンターちかいし

重 要 事 項 説 明 書

1. 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 登豊会
代表者名	理事長 近石 登喜雄
所在地・連絡先	(住所) 〒502-0901 岐阜県岐阜市光町2丁目46番地 (電話) 058-232-2111 (FAX) 058-294-7380

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	デイサービスセンターちかいし
所在地・連絡先	(住所) 〒502-0901 岐阜県岐阜市光町2丁目46番地 (電話) 058-210-2050 (FAX) 058-210-2051
事業所番号	岐阜市 第2170102236号
管理者の氏名	加藤 裕子
指定を受けている事業種別	通所介護、 第一号通所介護事業 通所介護相当

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種		勤務区分		常勤換算 人数
		常勤	非常勤	
管理者		1名		(兼務)
	生活相談員	3名	0名	(兼務)
	介護職員	6名	2名	(兼務)
	看護職員	2名	2名	(兼務)
	機能訓練指導員	1名	2名	(兼務)
事務職員			1名	(不規則)

3. 営業日及び営業時間

営業日	通常営業時間
月曜日～土曜日	9:00 ～ 16:30 (『所要時間7時間以上8時間未満』を算定)
休業日	原則として、日曜日、年末年始

※通常、年末年始は12月30日～1月3日を指します。

以下、次頁まで空白

4. 通常の営業実施地域

通常の事業実施地域	岐阜市
-----------	-----

※上記以外の地域においてもサービス提供可能ですのでご相談ください。

5. サービスの内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 12:00～12:45 ご利用者の状況に応じて、適切な食事介助を行うとともに、食事の自立についても適切な援助を行います。 食事サービスのご利用は任意です。
入 浴	入浴または清拭を行います。寝たきり等で座位のとれないご利用者は、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	ご利用者の状況に応じて、適切な排泄介助を行うとともに、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。
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。 送迎サービスのご利用は任意です。

以下、次頁まで空白

6. サービスご利用料金（※1）

介護保険が適用できる場合は、原則として、サービス利用料金は負担割合に応じた額となります。それ以外の場合は、全額（以下金額の 10 倍）をお支払いいただきます。

（1）介護保険給付対象サービス（介護保険適用分）

サービス 種別	介護度	基本料金	加算料金			科学的介護 推進体制	介護職員 処遇改善
		通所介護費	入浴		サービス提供 体制強化		
新総合事業 通所型 サービス	要支援 1	1,798 単位/月	左記 に 含む		88 単位/月	40 単位/月	総単位数 × 9.2% (※2)
	要支援 2	3,621 単位/月			176 単位/月		
	要支援 1	436 単位/回			88 単位/月		
	要支援 2	447 単位/回			176 単位/月		

サービス 種別	介護度	基本料金	加算料金			科学的介護 推進体制	介護職員 処遇改善
		通所介護費	入浴	リハビリ	サービス提供 体制強化		
通所介護	要介護 1	658 単位/日	40 単位 /回	個別機能訓練Ⅰ 2 76 単位/回 個別機能訓練Ⅱ 20 単位/回	22 単位 /回	40 単位/月	総単位数 × 9.2% (※2)
	要介護 2	777 単位/日					
	要介護 3	900 単位/日					
	要介護 4	1,023 単位/日					
	要介護 5	1,148 単位/日					

（※1）ご利用料金についての詳しい算定方法については別添の料金表及び説明書を参照。

（※2）総単位数は月毎の介護保険対象分の総計。9.2%は介護保険法が定める掛け率です。

※岐阜市は 1 単位＝10.27 円（6 級地）で算定されます。

以下、次頁まで空白

(2) 自費ご負担分（介護保険非適用分）

費用の種類	金 額	備 考
食 費	620 円	
お や つ	70 円	
紙パンツ M/L	110/125 円	
紙オムツ M/L	120/140 円	
尿取りパット	50 円	
衛生材料費	実 費	50 円～200 円
レクリエーション 材 料 費	実 費	100 円～500 円 (内容により変化します)
特別行事等に かかる費用	実 費	あらかじめ日程と、費用をご案内 します。
理容・美容費	実 費	詳細はお問合せください。
交 通 費	実 費	4 の通常の営業実施地域を超え た場合に要する交通費です。
営業時間を延長した場合	実 費	18 時まで可能です。ご利用者の 居宅へのお送りはできません。

(3) キャンセル料

ご利用者の都合により、正当な理由なく、計画された通所介護サービスを中止した場合は、キャンセル料として、次の料金を実費にていただくことがあります。

キャンセルの連絡を受けた日	キャンセル料
サービス利用日の2日前まで	無 料
サービス利用日の前日まで	利用料自己負担部分の 30%
サービス利用日までに連絡のなかった場合	利用料自己負担部分の 100%

7. ご利用料金のお支払い

原則として、通所介護サービスご利用料金は、口座振替にてお支払いください。口座振替については、別紙預金口座振替依頼書をご記入いただき手続きを行ってください。

8. サービス内容に関する苦情等相談窓口

医療法人社団登豊会 デイサービスセンターちかいし	受 付 者 (管理者) 加藤 裕子 受付時間 月～金 9:00 ～ 17:00 電話番号 058 - 232 - 2111 (代)
岐阜県国民健康保険団体 連合会介護保険課苦情係	受付時間 月～金 9:00 ～ 17:00 (土日祝日、12月29日～1月3日を除く) 電話番号 058-275-9826
岐阜市役所 介護保険課 支援係	受付時間 月～金 8:45 ～ 17:30 電話番号 058 - 214 - 2093

以下、次頁まで空白

9. 緊急時等における対応

通所介護サービス提供中に、病状の急変等が生じた場合は、すみやかにご利用者の緊急時連絡先、主治医、必要に応じて救急隊への連絡を行うと同時に、しかるべき処置を行います。実施した処置については、ご利用者の主治医及び、介護サービス計画を作成した居宅介護支援事業者に報告し、採った処置の状況について記録をします。

10. ご利用者の義務

ご利用者は、当事業所の職員が求めた場合、介護保険被保険者証及び居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

11. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「デイサービスセンターちかいし消防計画」に基づいて対応を行います。			
平常時の訓練等	年に2回、避難訓練、通報訓練、消火訓練を行います。			
防火設備 (建物全体)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	■自動火災報知機関係		誘導灯	7箇所
	受信機 P型1級	1台	消火器	8本
	発信機(総合盤)	4個	避難器具	3基
	差動式スポット型感知器	25個	防火戸	4箇所
	定温式スポット型感知器	3個		
	煙感知器	6個		
防火権原者	医療法人社団登豊会 理事長 近石 登喜雄			
防火管理者	デイサービスセンターちかいし 澤島 宏明			

12. 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と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 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。これに反したご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。
- 敷地内は全面禁煙ですので、サービスご利用中の喫煙はご遠慮ください。
- 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。

以下、次頁まで空白

13. 個人情報の保護

当事業所は、ご利用者又は家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。

また、ご利用者又は家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供についてはご利用者又は家族の同意を、あらかじめ書面により得るものとします。

14. 業務継続計画の策定等

当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

15. 地域との連携等

当事業所は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めます。

16. 身体拘束

当事業所は、ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

17. 衛生管理等

○ 当事業所は、ご利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

○ 当事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。

以下、次頁まで空白

(ご利用者 控え)

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護サービスの内容及び重要事項に関して、その説明を行いました。

令和 年 月 日

事 業 者 住 所 岐阜県岐阜市光町2丁目46番地

事 業 者 名 医療法人社団 登豊会
デイサービスセンターちかいし

(事業所番号 岐阜市 第2170102236号)

代 表 者 名 理事長 近石 登喜雄 印

説明者 氏 名 _____ 印

(本人自筆のこと)

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

(本人自筆のこと)

代理人 住 所 _____
(選任した場合) 氏 名 _____ 印

(本人自筆のこと)

(事業者 控え)

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護サービスの内容及び重要事項に関して、その説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 住所 岐阜県岐阜市光町2丁目46番地

事業者名 医療法人社団 登豊会
デイサービスセンターちかいし

(事業所番号 岐阜市 第2170102236号)

代表者名 理事長 近石 登喜雄 印

説明者 氏 名 _____ 印

(本人自筆のこと)

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____
氏 名 _____ 印

(本人自筆のこと)

代理人 住所 _____
(選任した場合) 氏 名 _____ 印

(本人自筆のこと)