

通所介護重要事項説明書

＜令和 年 月 日現在＞

1 通所介護事業者(法人)の概要

名称・法人種別	株式会社ACOR MEDIC
代表者名	代表取締役 坂梨友紀
所在地	熊本県熊本市北区龍田4丁目17-23
連絡先	電話 0967-24-6161
	FAX 0967-24-6162

2 事業所の概要

(1)提供できるサービスの概要と地域

事業所名	ディサービス 春彩
所在地	熊本県阿蘇市小里271番地1
連絡先	電話 0967-24-6161
	FAX 0967-24-6151
サービスの種類	通所介護
介護保険事業所番号	4371400484
利用定員	30名
サービス提供地域	阿蘇市

(2)事業所の職員体制

従業者の職種	人数	常勤	非常勤	兼務有無	業務内容
管理者	1	1		有り	サービス管理全般
生活相談員	2	1		有り	生活上の相談等
看護職員	2	0	2	有り	医療・健康管理等
機能訓練指導員	1	0	2	有り	リハビリテーション
介護職員	6	5	4	有り	日常介護業務等

(3)営業日

営業日	月～土曜日 8:30～17:30
サービス提供時間	9:00～16:05
休業日	毎週日曜日 12月31日～1月1日

3 サービスの内容及び費用

(1)介護保険給付対象サービス

①サービス内容

種 類	内 容
食事	食事時間 12:00～13:00 春彩の調理士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事をご提供致します。(食事サービス利用任意)
入浴	大浴場は温泉水使用です。車椅子の方は機械浴での入浴です。シャワー浴のみでもご利用頂けます。(入浴サービス任意)
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行い、排泄動作自立においても、適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員による利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下防止、維持するように努めます。 (当施設の保有するリハビリ器具)
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 季節により、レクレーションやイベントを実地します。
健康チェック	血圧測定等で利用者の全身状態を把握致します。

② 費用

介護保険の適用がある場合は、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた金額(自己負担額)に介護保険負担割合証の割合を乗じた額をお支払下さい。

【料金表】

* 所要時間3時間以上4時間未満の場合(通常規模型通所)

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3,700円	4,230円	4,790円	5,330円	5,880円

* 所要時間4時間以上5時間未満の場合(通常規模型通所)

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3,880円	4,440円	5,020円	5,600円	6,170円

* 所要時間5時間以上6時間未満の場合(通常規模型通所)

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
5,700円	6,730円	7,770円	8,800円	9,840円

* 所要時間6時間以上7時間未満の場合(通常規模型通所)

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
5,840円	6,890円	7,960円	9,010円	10,080円

* 所要時間7時間以上8時間未満の場合(通常規模型通所)

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
6,580円	7,770円	9,000円	10,230円	11,480円

* 通所介護における入浴や機能訓練等は加算利用料が発生します。

* 加算

(1)加算内容

・介護職員等処遇改善加算Ⅱ 9.0%

・入浴介助加算Ⅱ 55単位

・個別機能訓練加算Ⅰ(イ)及び(ロ) 56～76単位

* 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

* 食事代

食事サービスを受ける方は、食費600円、おやつ代100円の実費が必要です。

* オムツ代

おむつを使用される方は、各種おむつ代の実費が必要になります。

* その他の費用

日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担すべき費用は、実費を徴収致します。

* キャンセル規程

利用者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がかかります。

①ご利用の当日8時までにご連絡いただいた場合……………無料

②利用者が早退する場合………該当時間の利用料・食費・日常生活費の100%

* 健康上の理由による中止

①風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

②当日の健康チェックの結果、体調の悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。

③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、速やかに主治医に連絡を取る等、必要な処置を講じます。

(3)支払方法

毎月、15日前後に前月分のご請求を致します。毎月26日に契約時の指定の銀行口座より引き落としされます。

4 事業所の特色

- * 必要な日常生活上のお世話及び個別機能訓練等の介護を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持並びに利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう援助致します。

5 相談、要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等は、相談・苦情担当か下記のサービス相談窓口までお申し出ください。また、提供したサービスに対する苦情は、下記行政機関窓口にご相談することができます。

当事業所相談窓口	責任者 野口 真由美 受付時間 8:30～17:30
行政機関相談窓口	熊本県国民健康保険団体連合会 0963-65-0329(苦情処理担当) 熊本県健康福祉部 長寿社会局(高齢者支援課) 0963-33-2219 熊本県阿蘇地域振興局保健福祉環境部(福祉課) 0967-32-0535 熊本県阿蘇市市民部高齢者支援課 0967-22-3145

6 緊急時の対応

サービス提供中の体調の変化等、緊急の場合は下記の定める緊急連絡先に連絡いたします。

緊急連絡先①	
	氏名(続柄) ()
	住所
	電話番号

緊急連絡先②	
	氏名(続柄) ()
	住所
	電話番号

主治医	
	病院名 ()
	医師名
	住所
	電話番号

7 非常災害対策

- * 防災時の対応……………緊急時災害マニュアルによる。
- * 防災設備……………自動通報システム・スプリンクラー・温度感知器
煙感知器・屋内消火栓・消火器等設置・誘導灯
- * 防災訓練……………年2回(訓練内容は消防署へ提出)

8 サービス利用に当たっての留意事項

- * 他の利用者様の迷惑となる行為は禁止です。
- * 通所内の建物、設備等に損害を与える危険性のある行為は禁止です。
- * 原則として、通所内敷地内は禁煙です。
- * 他の利用者様に執拗な宗教・政治活動はご遠慮ください。
- * 所持金は自己の管理をお願いします。

令和 年 月 日

通所介護サービスの提供開始にあたり、契約者に対して契約書及び本書面に基づいてサービス内容及び重要な事項を説明いたしました。

この契約の成立を証するために本書2通を作成し、利用者・事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

事業者

<事業者> 熊本県阿蘇市小里271-1
株式会社 ACOR MEDIC
デイサービス 春彩

<代表者名> 代表取締役 坂梨 友紀 (印)

<説明者> (印)

私は事業所から重要事項の説明を受け、この契約書に基づく通所介護サービス利用を申し込みすることを承諾します。

利用者 <住所> _____

<氏名> _____ (印)

代理人 <住所> _____

<氏名> _____ (印)

ご家族 <住所> _____

<氏名> _____ (印)

身元引受人(連帯保証人):続柄_____

<住所> _____

<氏名> _____ (印)