

通所介護及び第一号通所事業 通所介護相当 重要事項説明書

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人川崎整形外科クリニック
代表者役職・氏名	理事長 川崎浩史
本社所在地・電話番号	岐阜市三笠町1丁目7番地
法人設立年月日	平成10年11月

2 サービスを提供する事業所の概要

（1）事業所の名称等

名 称	A n g e デイサービス
事 業 所 番 号	通所介護 第一号通所事業 通所介護相当 (指定事業所番号 2170110213)
所 在 地	〒500-8145 岐阜市雲井町3丁目16番地
電 話 番 号	058-215-0162
F A X 番 号	058-215-0161
通常の事業の実施地域	岐阜市

（2）事業所の窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から土曜日まで (12月30日から1月3日までを除く。)
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	1単位目 午前9時30分から午後4時40分まで

（3）事業所の勤務体制

職 種	業務内容	勤務形態・人數
管理者	・従業者と業務の管理を行います。 ・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常 勤 1人
生活相談員	・生活相談、入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助を行います。	1人以上 (常勤)
看護職員	・利用者の健康状態の確認を行います。 ・利用者の病状が急変した場合に利用者の主治の医師の指示を受けて、必要な看護を行います。	1人以上 (常勤または非常勤)
介護職員	・必要な日常生活の世話及び介護を行います。	3人以上 (常勤または非常勤)
機能訓練指導員	・日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための機能訓練を行います。	1人以上 (常勤または非常勤)

3 サービス内容

- ・食事の提供
- ・入浴（一般浴）
- ・日常生活の世話
- ・日常生活動作の機能訓練・・・ 日常生活、レクレーションを通じた訓練
- ・送迎
- ・個別機能訓練・・・・・・・ 個別の機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施

4 利用料、その他の費用の額

* 利用者負担額は地域区分別（6級地）の単価（10.27円）を含んでいます。ただし、端数処理の関係で、誤差が生じる事があります。

（1）通所介護の利用料

ア 利用単位数

利用した場合の利用単位数は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として利用単位数に地域区分別の単価を乗じた料金の1割の額です。ただし、一定以上所得者は2割の額になることがあります。また、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

【通所介護費（通常規模型）】

1回当たりの 所要時間	介護度	単位数	利用者負担額 (1割負担)
7時間以上	要介護1	655単位	673円
	要介護2	773単位	794円
	要介護3	896単位	921円
	要介護4	1,018単位	1,046円
	要介護5	1,142単位	1,173円

イ 加算

要件を満たす場合に、利用単位数に以下の単位数が加算されます。

加算の種類	要件	単位数	利用者負担額 (1割負担)
入浴介助加算	利用者の入浴介助を行った場合	1日につき 50単位	52円
個別機能訓練 加算 II	機能訓練員が個別機能訓練計画 に基づき機能訓練を行った場合	1日につき 56単位	58円
介護職員処遇 改善加算 I	当該加算の算定要件を満たす場 合	上記ア利用単位数とイ加算の合計 の5.9%	
口腔機能向上 加算	口腔機能改善管理指導計画に基 づき適切なサービスを行った場 合	1回につき 150単位 月2回限度	154円

ウ 減算

下記の要件を満たす場合、下記の単位数を算定します。

減算の種類	要件	単位数
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合 (同一建物に対する減算)	・通所介護事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所の通い通所系サービスを利用する者であること。 ・傷病等により、一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は、減算を行わないこと。	所定単位数から 1 日につき 9 4 単位を減算
事業所が送迎を行わない場合	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合。	所定単位数から片道につき 4 7 単位を減算

(2) 第一号通所事業 通所介護相当の利用料

ア 利用単位数

利用した場合の利用単位数は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として利用単位数に地域区分別の単価を乗じた料金の1割の額です。ただし、一定以上所得者は2割の額になります。また、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

サービス内容	事業対象者	単位数	利用者負担額 (1割負担)
通所型サービス 1 (1月につき)	要支援 1	1,672 単位	1,718 円
通所型サービス 2 (1月につき)	要支援 2	3,426 単位	3,519 円
通所型サービス 1 (1回につき) 月 4回限度	要支援 1	384 単位	395 円
通所型サービス 2 (1回につき) 月 8回限度	要支援 2	395 単位	406 円

イ 加算

要件を満たす場合に、利用単位数に以下の料金が加算されます。

加算の種類	要件	単位数	利用者負担額 (1割負担)
運動器機能向上加算	機能訓練員が運動器機能向上計画に基づき訓練を行った場合	1 日につき 225 単位	232 円
介護職員処遇改善加算 I	当該加算の算定要件を満たす場合	上記ア利用単位数とイ加算の合計	の 5. 9 %

ウ 減算

下記の要件を満たす場合、下記の単位を算定します。

減算の種類	要件	単位数
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合 (同一建物に対する減算)	・通所介護事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所の通い通所系サービスを利用する者であること。 ・傷病等により、一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は、減算を行わないこと。	(要支援1) 所定単位数から376単位を減算
		(要支援2) 所定単位数から752単位を減算

(3) その他の費用

送迎費	通常の事業所の実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、送迎に要する費用の実費をご負担していただきます。 通常の事業の実施地域を越えた地点から、 ①片道15キロメートル未満 50円/km、 ②片道15キロメートル未満 100円/km、となります。
食費 (おやつ代含む)	1日につき 580円
おむつ代	1枚につきパッド80円/枚、おむつ150円/枚、はくタイプ180円/枚を徴収する。
日常生活費	利用者の希望により提供する日常生活上必要な費用として、実費をご負担していただきます。

(4) キャンセル料（第一号通所事業通所介護相当を除く）

利用予定日の直前にキャンセルをした場合は、キャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急、御連絡ください。

利用日の前日17時30分時までの連絡があった場合	無料
利用日の当日に連絡があった場合	当該基本料金の 10 %の額
連絡がなかった場合	当該基本料金の 100 %の額

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

- ① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。
- ② 請求書は、利用月の翌月15日までに利用者あてにお届けします。

(2) 支払い方法等

- ① 請求月の27日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。
 - ・事業者が指定する口座への振り込み
 - ・利用者が指定する口座からの自動振替
- ② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）。

6 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- (3) 利用者又はその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ドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治の医師	医療機関の名称	
	氏 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊急連絡先 (家族等)	氏 名	
	電 話 番 号	

8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 東京海上日動火災

保険名 居宅介護事業者賠償責任保険

9 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火責任者）をおき、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- 防火責任者：管理者 三田村英樹
- (2) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、定期的に職員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救助その他必要な訓練を行います。

10 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。
- ・ 苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。
 - ・ 管理者は、生活相談員または担当者に事実関係の確認を行う。
 - ・ 相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討を行い、時下の対応を決定する。
 - ・ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する。)

(2) 苦情相談窓口

担当	管理者 三田村英樹
電話番号	058-215-0162
受付時間	午前8時30分から午後5時30分まで
受付日	月曜日から金曜日まで (12月30日から1月3日までを除く。)

市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

岐阜市役所 介護保険課	058-265-4141
岐阜県国民健康保険団体連合会	058-275-9826

11 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (2) 主治の医師から指示事項がある場合は申し出てください。

令和　年　月　日

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者　住　所

氏　名　　　　　　　印

(代理人)　住　所

氏　名　　　　　　　印

通所介護、第一号通所事業　通所介護相当の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業者　住　所　岐阜市三笠町1丁目7番地

法人名　医療法人川崎整形外科クリニック

代表者　理事長　川崎浩史　　　　　　　印

事業所　住　所　岐阜市雲井町3丁目16番地

名　称　A n g e デイサービス