

# デイサービスセンターいこう家重要事項説明書

## 1. 地域密着型通所介護（通所介護、介護予防通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業）サービスを提供する事業者について

名称・法人種別	合同会社 Life enhancement
代表者職氏名	代表社員 細川 忠
本社所在地	高知市八反町 1 丁目 13 番 3 号
電話番号	088-821-8816

## 2. 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

### (1) 事業所概要

名称	デイサービスセンターいこう家
所在地	高知市宝町 15-9
事業所番号	高知市 3990101598
電話番号	088-881-5456
送迎サービス対象地域	高知市

### (2) 職員体制表

役職	勤務体制		主な職務内容
管理者 (兼生活相談員)	常勤 1 名		事業所の従業員の管理及び業務の一元的な管理等。
生活相談員 (兼介護職員)	常勤または非常勤 1 名以上		通所介護等の利用申込にかかる調整、通所介護計画書等の作成、利用者の日常生活上における必要な相談援助等。
看護職員 (兼機能訓練指導員)	常勤または非常勤 1 名以上 忠さんの訪問看護ステーションと提携		利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、機能訓練、その他必要な業務等。
機能訓練指導員	個別機能訓練 (I) ロ	専従 1 名以上 (提供時間通じて配置)	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訓練指導、助言等。
	個別機能訓練 (I) イ	専従 1 名以上 (配置時間の定めなし)	

介護職員	常勤または非常勤 1 名以上	利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務等。
------	----------------	---

(3) 当センターの設備等

定員	15 名	静養室	1
機能訓練室	1 室 54 m <sup>2</sup>	相談室	1
浴室	あり	送迎車	4 台

(4) 営業時間

月曜、火曜、水曜、木曜、金曜 午前 8 時 30 分 ～ 午後 17 時 00 分

(5) 定休日

土曜、日曜、祝日 12 月 29 日～1 月 3 日

(6) サービス提供時間

< 午前の部 > 午前 9 時 15 分～午後 12 時 20 分  
 < 午後の部 > 午後 13 時 15 分～午後 16 時 20 分  
 < 一日型 > 午前 9 時 15 分～午後 16 時 20 分

### 3. 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

指定通所介護及び指定介護予防・日常生活支援総合事業（以下「指定通所介護等」という。）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所ごとに置くべき従事者（以下「通所介護従事者」という。）が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し適正な指定通所介護等を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

事業所の通所介護従事者は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。また、関係区市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。

### 4. 提供するサービス内容

- (1) 介護（利用者に添う介護、移動介助等）
- (2) 機能訓練指導・運動器機能の向上
- (3) 送迎

(4) 利用者にかかわる相談援助

## 5. 料金

(1) 利用料金 ※ () 内は自己負担額が2割の場合の金額となります。

### ①通所介護費等【利用料金表：地域密着型通所介護】

・地域密着型通所介護費等① (3時間以上4時間未満)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	416単位/日	478単位/日	540単位/日	600単位/日	663単位/日
利用料	4160円	4780円	5400円	6000円	6630円
自己負担額	416円 (832円)	478円 (956円)	540円 (1080円)	600円 (1200円)	663円 (1326円)

・地域密着型通所介護費等② (4時間以上5時間未満)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	436単位/日	501単位/日	566単位/日	629単位/日	695単位/日
利用料	4360円	5100円	5660円	6290円	6950円
自己負担額	436円 (872円)	510円 (1020円)	566円 (1132円)	629円 (1258円)	695円 (1390円)

・地域密着型通所介護費等③ (5時間以上6時間未満)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	657単位/日	776単位/日	896単位/日	1013単位/日	1134単位/日
利用料	6570円	7760円	8960円	10130円	11340円
自己負担額	657円 (1324円)	776円 (1552円)	896円 (1792円)	1013円 (2026円)	1134円 (2268円)

・地域密着型通所介護費等④ (6時間以上7時間未満)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	678単位/日	801単位/日	925単位/日	1049単位/日	1172単位/日
利用料	6780円	8010円	9250円	10490円	11720円
自己負担額	678円 (1356円)	801円 (1602円)	925円 (1850円)	1049円 (2098円)	1172円 (2344円)

・地域密着型通所介護費等⑤ (7時間以上8時間未満)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	753単位/日	890単位/日	1032単位/日	1172単位/日	1312単位/日
利用料	7530円	8900円	10320円	11720円	13120円
自己負担額	753円 (1506円)	890円 (1780円)	1032円 (2064円)	1172円 (2344円)	1312円 (2624円)

・加算

( ) 内料金は 2 割負担額

サービス項目	単位数	利用料	自己負担額
個別機能訓練加算Ⅰ(ロ)	76 単位/日	760 円	76 円 (152 円)
個別機能訓練加算Ⅰ(イ)	56 単位/日	560 円	56 円 (112 円)
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月	200 円	20 円 (40 円)
入浴介助加算 (Ⅰ)	40 単位/日	400 円	40 円 (80 円)
入浴介助加算 (Ⅱ)	55 単位/日	550 円	55 円 (110 円)
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	400 円	40 円 (80 円)
介護職員処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の 64/1000 の単位数		

※個別機能訓練加算Ⅰについては(ロ)で算定させて頂いています。

但し人員配置により(イ)での算定となる場合があります。

・減算

サービス項目	単位数	利用料	自己負担額
送迎減算 (片道につき)	-47 単位 / 月	-470 円	-47 円

【利用料金表：介護予防通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業】

・介護予防通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業費

要介護度	要支援 1	要支援 2
単位数	1798 単位 / 月	3621 単位 / 月
利用料	17980 円	36210 円
自己負担額	1798 円 (3596 円)	3621 円 (7242 円)

・加算

( ) 内料金は 2 割負担額

サービス項目	単位数	利用料	自己負担額
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	400 円	40 円 (80 円)
介護職員処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の 64/1000 の単位数		

・減算

サービス項目	単位数	利用料	自己負担額
送迎減算 (片道につき)	-47 単位 / 月	-470 円	-47 円

②送迎 送迎の実施地域は高知市内

③その他

#### 介護保険給付対象外のサービス利用料

食事代	自己負担	1 日 400 円 お茶代込み
リハビリパンツ代※	自己負担	後日、利用料と一緒に請求させていただきます。
上履き※	自己負担	ご自身で用意していただきます。

※必要に応じて発生する費用であり、全ての利用者様にお支払いいただくものではないです。

#### (2) キャンセル料

利用者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が必要です。

① 利用日の前営業日 午後 5 時 00 分までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の前営業日 午後 5 時 00 分までにご連絡いただかなかった場合	利用料の全額 または一部

\*ご利用日の前日が当事業所の休日の場合は、その前の営業日までにご連絡ください。

#### (3) 利用料金の支払方法

毎月 10 日頃までに前月分をご請求いたしますので、当月の末日までにお支払いをお願いします。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、当デイサービスにて現金でのお支払いをお願い致します。

### 6. サービスの提供にあたって

(1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

(2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

(3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（介護予防・日常生活支援総合事業居宅サービス計画）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画（介護予防・日常生活支援総合事業計画）（以下「通所介護計画」等という）」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」等は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。

(4) サービス提供は「通所介護計画」等に基づいて行ないます。なお、「通所介護計画」等は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

(5) 通所介護等従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

(6) 病院受診の場合は、医療保険と介護保険の併用ができず医療優先となりますので、原則休みとさせていただきます。

## **7. サービスの利用のための留意事項**

利用者が機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用するものとします。また、体調が思わしくない利用者にはその旨を説明し安全指導を図り、体調の度合いにより、事業所の判断でサービスの提供を中止させていただく場合があります。

## **8. 緊急時の対応**

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、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、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

## **9. 事故発生時の対応**

(1) 事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から5年間保存します。

(3) 事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

## **10. 虐待防止のための措置**

1. 事業者は、利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、虐待防止のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

2. 事業者は、虐待を受けている恐れがある利用者を発見した場合、ただちに防止策を講じ、市町村へ報告する。

## 11. サービス内容に関する相談・苦情

### ①当センターご利用者相談・苦情担当

相談・苦情等 窓口担当者	
代表社員	細川 忠
電話番号	080-6393-9897

② 当センター以外に、公的な相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

#### 【市区町村（保険者）の窓口】

高知県社会福祉協議会	所在地 高知市本町4-1-37 高知県社会福祉センター3階7号 電話番号 088-802-2611 受付時間 9:00～17:00
------------	---

#### 【高知県国民健康保険団体連合会の窓口】

国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談係	所在地 高知市本町4-1-37 高知県社会福祉センター3階7号 電話番号 088-802-2611 受付時間 9:00～17:00
----------------------------	---

-----

## 1 1 . 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年      月      日
-----------------	-----------------

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〔事業者〕

事業者

合同会社 Life enhancement

所在地

高知市八反町 1 丁目 13-3

事業所

デイサービスセンターいこう家

所在地

高知市宝町 15-9

説明者

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

〔利用者〕

住 所

氏 名

〔代理人〕

住 所

氏 名