

岩本薬局春日デイサービスセンター
通所介護・通所介護相当サービス 重要事項説明書

1 事業所の概要

法人の名称	有限会社岩本薬局
法人の所在地	静岡県葵区巴町60番地
電話番号	054-247-0760
代表者氏名	代表取締役 矢筈原 祐介

2 事業所の概要

事業所の名称	岩本薬局春日デイサービスセンター
事業所の所在地	静岡県葵区春日2丁目8-103
電話番号	054-255-0666
介護保険事業所番号	2274203062
指定年月日	平成18年9月1日
通常のサービス実施範囲	静岡市内
第三者評価について	なし

3 事業所職員体制

職種	員数	勤務体制	
管理者	1人	常勤 1人	
看護職員	3人		非常勤 3人
介護職員	10人	常勤 3人	非常勤 6人
生活相談員	2人	常勤 1人	非常勤 1人
機能訓練指導員	4人		非常勤 4人

4 営業および営業時間

営業日	月曜日～土曜日
定休日	日曜日、年末年始（12/30～1/3）
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時30分～16時35分

5 利用定員数

1日あたり 25名

6 運営方針

利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能訓練等の心身機能の維持回復を図り、利用者の立場に立ったサービスを提供

します。その際、地域や家庭との結びつきを重視し、市町村・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・居宅サービス事業所との連携を図り、統合的なサービスの提供に努めます。

7 サービス内容および利用料金

①主となるサービス内容

相談及び援助：ご利用者やそのご家族からの生活相談等に応じます。

健康チェック：体温、血圧、脈拍等の測定をし、健康状態をチェックします。

入浴：入浴又は清拭を行います。

食事：ご利用者の身体状況に応じた食事を提供します。

レクリエーション：レクリエーションや創作活動、行事活動などを提供します。

機能訓練：ご利用者の身体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に努めます。

送迎：ご利用者の居宅からサービス事業所までの送迎を行います。

その他：ご利用者の心身の状態に応じた介助や自立支援を行います。

②利用料金

A 介護保険給付対象サービスの利用料金

当事業所の通所介護・通所介護相当サービスサービスの提供に際し、ご利用者の負担する利用料金は、原則として基本料金の1割又は2割又は3割負担になります。ただし、介護保険の給付範囲を超えた部分のサービスについては、全額自己負担となります。

◆要介護1～5・経過的要介護の方

サービス利用料金（1回の利用料金）

介護度	単位数	1割分の料金 2割分はおよそ明記の倍になります
要介護1	658 単位	676 円
要介護2	777 単位	798 円
要介護3	900 単位	924 円
要介護4	1,023 単位	1051 円
要介護5	1,148 単位	1179 円

加算料金

項 目	単位数	1割分の料金 2割分はおよそ明記の倍になります
入浴加算Ⅰ（1日）	40 単位	42 円
個別機能訓練加算Ⅰイ（1日）	56 単位	58 円
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	単位数の総合計の6.4%	

◆要支援１・２の方

サービス利用料金（１ヶ月の利用料金）

介護度	単位数	１割分の料金 ２割分はおよそ明記の倍になります
事業対象者・要支援１	１, 798 単位	１, 847 円
要支援２	３, 621 単位	３, 719 円

加算料金（１ヶ月の利用料金）

介護職員処遇改善加算Ⅳ	単位数の総合計の 6. 4%	
-------------	-------------------	--

（上記金額は単位に地域加算 6 等級 1 0. 2 7 を乗じた数になります）

介護保険給付対象外サービスの利用料金

昼食・おやつ代（１日）	800 円
紙おむつ・リハビリパンツ代	100 円
尿取りパッド代	50 円
教材費（月 1 回）	100 円

※紙おむつ、リハビリパンツ、尿取りパッドは自宅より替えをお持ちいただいた場合を除きます。

※外出歩行訓練等の参加費・交通費等は実費で頂く場合がございます。

8 料金のお支払い方法

ご利用者が当事業所に支払う料金のお支払い方法については、月ごとの精算とします。サービス提供月の翌月 10 日以降に利用料金の請求を致します。お支払いは原則として口座引き落としとさせていただきます。口座引き落とし以外のお支払いについては、当事業所にご相談ください。

被保険者証に支払方法の変更の記載があるときは、一旦費用の全額（介護保険給付分（9 割）とご利用者負担分を足した金額）をお支払いいただきます。この際、サービス提供証明書を発行しますので、後日市区町村に対して介護保険給付分（9 割）を請求していただくことになります。

9 サービスの利用方法

サービスをご利用されたいときは、居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成を依頼している居宅介護支援事業所および地域包括支援センターに、まずはお相談ください。

① サービスの利用開始までの流れ

- a お申込：担当ケアマネージャー様を通じて電話等でお申込ください。
- b ご説明：担当職員が自宅に伺い、サービスの内容をご説明いたします。
- c ご契約：契約書等への署名をいただき、契約締結をいたします。
- d 利用開始：ケアプランに基づき通所介護計画を立て、サービスを開始します。

② サービスの利用終了

- a ご利用者の都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の 14 日前までに文書にてお知らせください。
- b 事業所の都合でサービスを終了する場合
人員の不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合、終了の 14 日前までに文書にてお知らせいたします。
- c 自動終了となる場合
以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。
 - ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ・要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
 - ・ご利用者がお亡くなりになった場合

その他

当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合や守秘義務に反した場合、ご利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または事業所が破産した場合は、ご利用者が文書にて解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

またご利用者がサービス料金の支払いを 2 ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう催告した後 14 日以内に支払いがされない場合、またはご利用者やご家族が事業所に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書にて通知することにより即座にサービスを終了させていただくことが ございます。

③利用の中止・変更・追加

ご利用者の都合によりサービス利用の中止または変更、追加をされたい場合、利用予定日の前日までに担当ケアマネージャー様を通じてご連絡ください。

利用予定日の前日までにご連絡がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料をお支払いいただく場合がございます。ただし、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではございません。

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、当事業所の稼働状況によりご利用者の希望される期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議することといたします。

10 サービス内容に関する苦情相談窓口

当事業所苦情処理担当者 管理者 三井哲弥

電話番号 054-255-0666

FAX 番号 054-255-0667

この他、市町村や国民健康保険団体連合会の窓口でも苦情相談を受け付けています。

静岡市役所

介護保険課 (054) 221-1377

国民健康保険団体連合会 苦情処理係 (054) 253-5590

11 緊急時および事故発生時の連絡先

主治医・ご家族等緊急時および事故発生時の連絡先は、予めサービス開始時に確認させていただきます。サービス提供中にご利用者の容態の急変等があった場合には、当該の連絡先および居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

12 非常災害時の対応

非常災害時は別途定める消防計画に沿って対応を行います。また、消防計画に基づき定期的に避難訓練を行います。

13 介護保険法の改正

国が定める介護給付費（介護報酬）の改訂があった場合、当事業所の料金体系は国が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

14 個人情報使用に関する同意

当事業所は、利用者及び、利用者の家族の知り得た個人情報を下記の目的において必要最小限度の範囲内で利用いたします。

◆ 介護サービス提供

- 当事業所での介護サービスの提供
- 他の介護サービス事業者や病医院との連携
- 他の介護サービス事業者等からの照会への回答
- 利用者様の体調不良のため、主治医等の意見・助言を求める場合
- 給食業務・その他の業務委託
- ご家族への提供サービスの説明

◆ 介護報酬請求のための事務

- 当事業所での介護保険、公費負担介護に関する事務
- 審査支払機関への介護報酬等請求書明細書の提出
- 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 公費負担介護に関する行政機関等との連携
- 介護報酬費の請求に関する他の事業所との連絡

◆ 当事業所の管理運営業務

- 会計・経理
- 介護サービス提供中の事故等の報告
- 当該利用者様の介護サービスの向上
- その他、当事業所の管理運営業務に関する利用

- ◆ 賠償責任保険等に係る保険会社等への相談又は届出等
- ◆ 介護サービス提供や業務の維持・改善のための基礎資料
- ◆ 当事業所内において行われる介護実習への協力
- ◆ 当事業所内において行われるボランティア活動者への連絡
- ◆ 介護の質の向上を目的とした当事業所内での事例研究
- ◆ 外部監査機関等への情報提供

令和 年 月 日

【事業者】

通所介護のサービス提供にあたり、説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡市葵区春日 2 丁目 8-1 0 3
 名 称 岩本薬局春日デイサービスセンター
 説明者 管理者 三井 哲弥
 生活相談員 佐藤 莉絵

【利用者】

説明書により、通所介護サービスに関する重要事項の説明を受けました。

住所 静岡市葵区城内町5番11号

氏 名 _____ 印 _____

【ご家族または代理人】

住所

氏 名 _____ 印 _____