

重要事項説明書（通所介護）

あなたに対する通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省第37号8条にもとづいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1.事業者概要

事業者名称	株式会社アイ
主たる事務所の所在地	愛知県春日井市坂下町五丁目1215番地667
法人種別	株式会社
代表者名	北國 恵子
電話番号	0568-88-8062

2.ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービス グレイス
指定番号	2373802251
所在地	愛知県小牧市大字上末字東山3440番155
電話番号	0568-47-1322

3.事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態にある高齢者または事業対象者に対し、適正な指定通所介護を提供する。
運営の方針	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、利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。

4.緊急時の対応

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名 所属医療機関 所在地 電話番号
	氏名 所属医療機関 所在地 電話番号
緊急連絡先	氏名 住所 電話番号 昼間の連絡先 夜間の連絡先

5. 持ち物

- ・ 初回のみ各証のコピーをいただきます。医療受給者証・健康保険証・介護保険証・介護保険負担割合証
 - ・ バレーシューズ（上履き）
 - ・ タオル 2枚 バスタオル 1枚
 - ・ 下着の着替え（必要な方は紙オムツ、パット等）
 - ・ 着替え用ビニール袋 1枚（ス-パ-の袋等でも可）
 - ・ 食事用エプロン（必要な方のみ）
 - ・ 服用している薬（内服薬 点眼 塗り薬等）
 - ・ 連絡帳をお渡ししますので忘れずにお持ちください
 - ・ 障害があり必要な場合は特殊スプ-ン、フォ-ク等
 - ・ 歯磨き粉、歯ブラシ（食後の歯磨き用）
- *上記以外にも財布等の高額のお金をご持参されることは紛失の恐れもありますのでご遠慮ください。尚、着替え等の各お荷物には必ずお名前をご記入ください。

6. 利用料

- ◇ 指定通所介護の内容は次のとおりとし、指定通所介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、当該指定通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

- ◇ 保険分 【通所介護】 【 7級地、1単位 10.14円 】

<例>		7時間以上8時間未満(1割負担の場合)				
◎基本料金				◎加算要素		
介護度	単位数	単価		単位数	単価	
・ 介護 1	655	664円/1日	入浴介助加算(1日)	40	40円/1日	
・ 介護 2	773	783円/1日	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)			5.9%
・ 介護 3	896	908円/1日	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)			1.0%
・ 介護 4	1,018	1,032円/1日	介護職員等ベースアップ等支援加算			1.1%
・ 介護 5	1,142	1,157円/1日				

- ◇ 実費分-1 【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、実費を徴収する】

- ① 通所介護を利用した食費。 通常432円/1日、行事食432円/1日
- ② 提供を受ける通所サービスが介護保険の適用を受けない部分について利用料の全額をお支払い頂きます。
- ③ 個人のレクレーションに掛かる費用（材料費等）は実費負担となります。（必要時）
- ④ 朝食、夕食代等は別に定めた当社規定の、個別契約書又は、個別の同意書に基づいた金額をお支払い頂きます。
- ⑤ 消耗品は持参して頂きます。

- ◇ 実費分-2 【送迎で実施区域をこえて行う指定介護に要した送迎の費用は、片道1キロメートル毎55円（税込み）徴収します。】

- ◇ 当社では、毎月請求書と領収書を発行します。

- ◇ 通所介護サービスをキャンセルした場合のキャンセル料は頂きません。

7. 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1. 提供するサービス

通所介護サービス

通所介護計画書によるサービスの提供。

サービスの提供手順は、別紙サービス手順確認書にて確認します。

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行ない、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。

4. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従業員の職種	員数	勤務の体制
管理者	1名	常勤
生活相談員	1名以上	サービス提供時間通じて
看護職員	1名以上	サービス提供日
介護職員	2. 5名以上	サービス提供時間通じての常勤換算
機能訓練指導員	1名以上	サービス提供日

5. 営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとする。 ただし、12月31日から1月3日までを除く。
営業時間	午前9時00分～午後6時00分
サービス提供時間	午前9時15分～午後4時30分

6.苦情申立窓口

◇ 相談、苦情、受付について

デイサービスグレイスは、利用者の健康、生命と心の安心、安全を守る為利用者のご意見を反映させ、質の高い通所介護事業所を目指しております。

敏速で適切な対応を心がけると共に関係者の人権、尊厳、プライバシーをそこなわない事をお約束し、相談、苦情、を下記窓口にて受け賜っております。

デイサービス グレイス

T E L 0568 (47) 1322

F A X 0568 (47) 1325

株式会社アイ 代表取締役 北國恵子

<施設内にもご意見箱が設置してあります。>

小牧市介護保険課	ご利用時間 ご利用方法	平日 午前 8時30分 ~ 午後5時15分 電話 0568-76-1197
春日井市介護高齢福祉課	ご利用時間 ご利用方法	平日 午前 8時30分 ~ 午後5時15分 電話 0568-85-6182
愛知県国民健康保険 団体連合会	ご利用時間 ご利用方法	平日 午前 9時 ~ 午後5時 電話 052-971-4165

(通常の事業の実施地域)

通常の事業の実施地域は、小牧市、春日井市の地域とする。

6.第三者評価の実施状況

無し