

## 1. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防・日常生活支援総合事業  
平成30年3月1日指定 岐阜県 NO. 2170113555
- (2) 事業の目的 要支援と認定された方、及び基本チェックリストにより、事業対象者と判断された方に対し、適正な訪問型サービスを提供すること。
- (3) 事業所の名称 act ケアセンター
- (4) 事業所の所在地 岐阜県岐阜市萱場南 1-15-21
- (5) TEL 058-214-3580
- (6) FAX 058-214-3581
- (7) 管理者氏名 武田奈穂
- (8) 当事業所の運営方針
- ①要介護者又は要支援者の希望を考慮し、状態を十分に把握し、自立ができ、日常生活が営むことが出来るよう、介護、援助を行います。
  - ②実施に当たっては、関係市町村、地域の保険、医療、福祉サービスとの連携を図り、総合的サービスの提供に努めます。
- (9) 開設年月日 平成30年4月1日

## 2. ご利用事業所の職員体制 (カッコ内 介護福祉士)

| ご利用事業所の従業員の職種 | 員 数    | 勤務の体制 |       |     |        |
|---------------|--------|-------|-------|-----|--------|
| 管理者兼サービス提供責任者 | 1名     | 常勤    | 1名(1) | 非常勤 | 名( )   |
| サービス提供責任者     | 2名(2)  | 常勤    | 2名(2) | 非常勤 | 名( )   |
| 訪問介護員研修を修了した者 | 19名(6) | 常勤    | 2名(1) | 非常勤 | 17名(6) |

令和6年4月1日現在

## 3. 事業実施地域及び営業時間

### (1) 通常の事業の実施地域

岐阜市

### (2) 営業日及び営業時間

営業日 月曜日～日曜日

受付時間 午前8:30～午後5:30

サービス提供時間 24時間体制

休業日 12月30日～1月3日

また、上記の規定にかかわらず、利用者の心身の状況や、その環境に応じて、営業日、営業時間を変更することがあります。

#### 4. 当事業所が提供する訪問型サービスと料金

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供いたします。

##### \*サービスの主な内容

###### 【身体介護】

入浴、手浴、足浴介助：入浴に関する一連の動作の介助、手浴、足浴介助を行います。

清 拭：顔、上肢、下肢、陰部等の清拭を行います。

排泄介助：排泄交換、トイレ、ポータブルトイレへの移乗、移動、見守りをを行います。

食事介助：食事摂取に関する一連の動作の介助を行います。

服薬介助、確認：服薬に関する介助、見守り、確認を行います。

通院、外出介助：通院される時の介助、外出支援を行います。

自立支援：ご利用者様と共に行う家事援助 自立への意欲のひきだし、声掛け、見守り

###### 【生活援助】

下記の事柄を組み合わせたサービスです。

調 理：ご契約者の食事を用意します。（ご家族分の調理は行いません）

洗 濯：ご契約者の衣類等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません）

掃 除：ご契約者の居室の掃除を行います。（ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の清掃は行いません。）

買 物：ご契約者の日常生活に必要となる物品の買い物や薬の受取りを行います。

##### （１）利用料金（訪問型サービス）

令和３年４月１日現在

|    |          |            |           |
|----|----------|------------|-----------|
| 1： | 訪問型サービスⅠ | 1 1 7 6 単位 | 週１回程度     |
| 2： | 訪問型サービスⅡ | 2 3 4 9 単位 | 週２回程度     |
| 3： | 訪問型サービスⅢ | 3 7 2 7 単位 | 週２回を超える程度 |
|    |          |            |           |

##### （２）利用料金（訪問介護） １単位＝10.42 円（地域区分による）

介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスを提供した利用料金は  
介護報酬の告示上の額と当該指定訪問介護が法廷代理受領サービスである  
時は、その額も１割（一定所得者以上は岐阜市長の定める額）の支払いを  
受けるものとする。

☆「サービスに要する時間は、そのサービスを実施するために、国で定められた標準的な所要時間です。

☆ 上記サービス料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画書に基づき決定されたサービス内容を行うために、標準的に必要となる時間に基づいて介護報酬の告示の額により計算されます。

☆ 平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。

☆ 介護職員の処遇改善を目的とした処遇改善加算、特定処遇改善加算を算定させていただきます。

国が定めた処遇改善加算

処遇改善加算（総報酬額の13.7%）特定処遇改善加算（総報酬額の4.2%）

☆ 初回加算を算定させていただきます。

新規の初月に200円加算

割増料金

- |                    |       |
|--------------------|-------|
| ・夜間（午後6時から午後10時まで） | 25%増し |
| ・早朝（午前6時から午前8時まで）  | 25%増し |
| ・深夜（午後10時から午前6時まで） | 50%増し |

\* 二人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合は、ご契約者が同意の上で、通常の2倍の料金をいただきます。（ケアプランに基づいて）

ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）

また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ 介護予防・日常生活支援総合事業の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します

## （2）介護予防・日常生活支援総合事業の給付対象とならないサービス

介護予防・日常生活支援総合事業の支給限度額を超える訪問型サービス。

介護予防・日常生活支援総合事業の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の契約者様の全額自己負担となります。

(

#### (4) キャンセル料

①利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに管理者までご連絡ください。

②利用者の都合でサービスを中止にする場合には、サービス利用の前日までにご連絡ください。

当日のキャンセルは、下記のキャンセル料を申し受けます。

ただし、利用者の容態の急変、緊急時、やむを得ない事情がある場合はキャンセル料は不要です。

③ キャンセル料は、前記の利用者負担の支払に追加してお支払いただきます。

| 時 間          | キャンセル料      | 備 考 |
|--------------|-------------|-----|
| サービス利用日の前日まで | 無 料         |     |
| サービス利用日の当日   | 利用者負担金の100% |     |

#### 5. 苦情の受付について

当事業所の介護予防・日常生活支援総合事に関する相談

苦情及び介護に関す及び苦情は下記にてお受け致します。

○受付担当者 岐阜県岐阜市萱場南 1-15-21 ジ・ラソーレ 201

act ケアセンター 武田奈穂

○受付時間 毎日 午前8時30分～午後5時30分

○受付電話番号 058-214-3580

或いは、居住地の市・町介護保険担当課

岐阜市 058-265-4141

受付時間 平日（月曜日から金曜日、祝日を除く）午前8時45分～午後5時30分

又は、岐阜県国民健康保険連合会（058-275-9826）

受付時間 平日（月曜日から金曜日、祝日を除く）午前9時～午後5時

#### 6. 緊急時の対応方法

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。

緊急連絡先に連絡いたします。

#### 7. 事故発生時の対応方法

サービス提供時に事故が発生した場合は、家族、関係先に速やかに連絡を行い必要な処置を行います。

介護予防・日常生活支援総合事業の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

|     |     |                |            |
|-----|-----|----------------|------------|
| 事業者 | 所在地 | 岐阜市萱場南 1-15-21 | ジ・ラソーレ 201 |
|     | 名称  | 株式会社           | act        |
|     | 代表者 | 代表取締役          | 谷藤尚美 印     |

|         |     |                |   |
|---------|-----|----------------|---|
| サービス事業所 | 所在地 | 岐阜市萱場南 1-15-21 |   |
|         | 名称  | act ケアセンター     |   |
|         | 説明者 | 氏名             | 印 |

説明日 年 月 日

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスの提供に同意しました。

契約者（利用者）

住 所

氏 名 印

電話番号 ( ) —

私は、契約者の契約意思を確認しましたので、本人に代わり署名を代行します。

家族代表者（契約者との関係） 《 》

住 所

氏 名 印

電話番号 ( ) —