

指定通所介護事業所重要事項説明書

1. 事業者

- | | |
|------------|----------------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 愛和会 |
| (2) 法人所在地 | 茨城県古河市駒羽根 320 番地 1 |
| (3) 代表者氏名 | 理事長 森 誠 |
| (4) 電話・FAX | 電話・0280-93-0234 FAX・0280-93-0571 |
| (5) 設立年月日 | 平成15年 8月 1日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護事業所
茨城県指定0873700553号 |
| (2) 事業所の目的と運営方針 | 利用者が、可能な限り居宅において、自立した生活ができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持向上を図ることを目的とします。
なお、運営方針として利用者である要介護者の意思及び人格を尊重して常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。また、関係市町村、居宅介護支援事業所、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。 |
| (3) 事業所の名称 | デイサービスセンター あそうの郷 |
| (4) 事業所の所在地 | 茨城県行方市青沼981番地2 |
| (5) 電話番号・FAX | 電話・0299-73-0311 FAX・0299-73-0322 |
| (6) 事業所所長（管理者） | 箕輪 光成 |
| (7) 開設年月日 | 平成17年 8月 1日 |
| (8) 営業日及び営業時間 | 営業日（月～土） その他、事業所カレンダーによる。
営業時間 午前8：30～午後5：30
休業日 日曜日、1月1日～1月3日、8月13日～8月15日
*その他 休業日及び営業時間以外の利用については別途協議します。 |

3. 職員の配置状況

当事業所では、御利用者に対して介護予防通所介護を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

【職員の配置状況】

職種	常勤換算	指定基準
施設長（管理者）	1人（兼務）	1人
生活相談員	1.2人	1人
看護職員	3人	1人
介護職員	8人	4人

※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

4. 事業所のサービス概要

当事業所では以下の2つのサービスを提供いたします。

- (1) 介護保険給付対象サービス
- (2) 介護保険給付対象外サービス

(1) 介護保険給付対象サービス

①食事 栄養士等の立てる献立表により、ご利用者の身体状況および嗜好を配慮した食事を提供します。ご契約者の自立支援のため離床して食事をとっていただくことを原則としています。

②入浴 入浴は一般浴、特別浴、と入浴ができますので、どなたでも寝たきりでも安心してゆったり気分が入浴が楽しめます。

③排泄 排泄の自立支援を促すためご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④送迎 ご利用者の希望によりご自宅と事業所間の送迎を行います。
リフト付き送迎車も用意していますので車椅子での乗り降りもできます。

※ 通常の事業実施地域以外からご利用の場合は交通費実費をご負担頂きます。

⑤栄養改善 低栄養にある又はそのおそれのある利用者に対し、栄養士等が看護職員介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施する。

⑥アクティビティ 利用者に対して、計画的にアクティビティ（集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練をいう。）を実施する。

〈サービス利用料金〉

下記の料金表によって、ご利用者の要支援度、要介護度に応じた介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と食事に関わる標準自己負担額をお支払い下さい。

自己負担額〔月額〕 1割負担の方

通所型サービス費	要支援1	1,655円 /月
通所型サービス費	要支援2	3,393円 /月

自己負担額〔月額〕 2割負担の方

通所型サービス費	要支援1	3,310円 /月
通所型サービス費	要支援2	6,786円 /月

自己負担額〔月額〕 3割負担の方

通所型サービス費	要支援1	4,965円 /月
通所型サービス費	要支援2	10,179円 /月

自己負担額〔1日当たり〕 1割負担の方

	介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
6時間以上 7時間未満	料金	575円	679円	784円	888円	993円
7時間以上 8時間未満	料金	648円	765円	887円	1008円	1130円
8時間以上 9時間未満	料金	659円	779円	902円	1026円	1150円

自己負担額〔1日当たり〕 2割負担の方

	介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
6時間以上 7時間未満	料金	1150円	1358円	1568円	1776円	1986円
7時間以上 8時間未満	料金	1296円	1530円	1774円	2016円	2260円
8時間以上 9時間未満	料金	1318円	1558円	1804円	2052円	2300円

自己負担額〔1日当たり〕 3割負担の方

	介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
6時間以上 7時間未満	料金	1725円	2037円	2352円	2664円	2979円
7時間以上 8時間未満	料金	1944円	2295円	2661円	3024円	3390円

8 時間以上 9 時間未満	料金	1997 円	2337 円	2706 円	3078 円	3450 円
------------------	----	--------	--------	--------	--------	--------

その他加算 **1 割負担の方**

栄養改善加算	要支援 1, 2	150 円 /月
	要介護 1～5	150 円 /月 2回
入浴介助加算		50 円/回

- ・ サービス提供体制強化加算 I (イ)・・・要介護の場合 18 円/1 回利用
 事業対象者・要支援 1 (週 1 回程度) の場合 72 円/月
 要支援 2 (週 1 回程度) の場合 72 円/月
 事業対象者・要支援 2 (週 2 回程度) の場合 144 円/月
- ・ サービス提供体制強化加算 I (ロ)・・・要介護の場合 12 円/1 回利用
 事業対象者・要支援 1 の場合 48 円/月
 要支援 2 (週 1 回程度) の場合 48 円/月
 事業対象者・要支援 2 (週 2 回程度) の場合 96 円/月
- ・ サービス提供体制強化加算 II・・・要介護の場合 6 円/1 回利用
 事業対象者・要支援 1 (週 1 回程度) の場合 24 円/月
 要支援 2 (週 1 回程度) の場合 24 円/月
 事業対象者・要支援 2 (週 2 回程度) の場合 48 円/月
- ・ 中重度者ケア体制加算・・・45 円/日
- ・ 認知症加算・・・60 円/日
- ・ 介護職員処遇改善加算 (I)・・・1 ヶ月の介護報酬分に 5.9%を乗じたもの
- ・ 介護職員処遇改善加算 (II)・・・1 ヶ月の介護報酬分に 4.3%を乗じたもの
- ・ 介護職員処遇改善加算 (III)・・・1 ヶ月の介護報酬分に 2.3%を乗じたもの
- ・ 介護職員等特定処遇改善加算 (I)・・・1 ヶ月の介護報酬分に 1.2%を乗じたもの
- ・ 介護職員等特定処遇改善加算 (II)・・・1 ヶ月の介護報酬分に 1.0%を乗じたもの

- ・ 延長加算・・・9 時間以上 10 時間未満の場合 50 円
 10 時間以上 11 時間未満の場合 100 円
 11 時間以上 12 時間未満の場合 150 円
 12 時間以上 13 時間未満の場合 200 円
 13 時間以上 14 時間未満の場合 250 円

その他加算 **2 割負担の方**

栄養改善加算	要支援 1, 2	300 円 /月
--------	----------	----------

要介護 1～5	300 円 /月 2 回
入浴介助加算	100 円/回

- ・ サービス提供体制強化加算 I (イ)・・・要介護の場合 36 円/1 回利用
事業対象者・要支援 1 (週 1 回程度) の場合 144 円/月
要支援 2 (週 1 回程度) の場合 144 円/月
事業対象者・要支援 2 (週 2 回程度) の場合 288 円/月

- ・ サービス提供体制強化加算 I (ロ)・・・要介護の場合 24 円/1 回利用
事業対象者・要支援 1 の場合 96 円/月
要支援 2 (週 1 回程度) の場合 96 円/月
事業対象者・要支援 2 (週 2 回程度) の場合 192 円/月

- ・ サービス提供体制強化加算 II・・・要介護の場合 12 円/1 回利用
事業対象者・要支援 1 (週 1 回程度) の場合 48 円/月
要支援 2 (週 1 回程度) の場合 48 円/月
事業対象者・要支援 2 (週 2 回程度) の場合 96 円/月

・ 中重度ケア体制加算・・・90 円/日

・ 認知症加算・・・120 円/日

・ 介護職員処遇改善加算 (I)・・・1 ヶ月の介護報酬分に 5.9%を乗じたもの

・ 介護職員処遇改善加算 (II)・・・1 ヶ月の介護報酬分に 4.3%を乗じたもの

・ 介護職員処遇改善加算 (III)・・・1 ヶ月の介護報酬分に 2.3%を乗じたもの

・ 介護職員等特定処遇改善加算 (I)・・・1 ヶ月の介護報酬分に 1.2%を乗じたもの

・ 介護職員等特定処遇改善加算 (II)・・・1 ヶ月の介護報酬分に 1.0%を乗じたもの

(2 割負担の場合は、上記で算出した 2 倍の額となります)

・ 延長加算・・・9 時間以上 10 時間未満の場合 100 円

10 時間以上 11 時間未満の場合 200 円

11 時間以上 12 時間未満の場合 300 円

12 時間以上 13 時間未満の場合 400 円

13 時間以上 14 時間未満の場合 500 円

その他加算 3割負担の方

栄養改善加算 要支援 1, 2	450 円 /月
要介護 1～5	450 円 /月 2 回
入浴介助加算	150 円/回

- ・ サービス提供体制強化加算 I (イ)・・・要介護の場合 54 円/1 回利用
事業対象者・要支援 1 (週 1 回程度) の場合 216 円/月

要支援 2（週 1 回程度）の場合 216 円／月

事業対象者・要支援 2（週 2 回程度）の場合 432 円／月

- ・サービス提供体制強化加算 I（ロ）・・・要介護の場合 36 円／1 回利用
事業対象者・要支援 1 の場合 144 円／月
要支援 2（週 1 回程度）の場合 144 円／月
事業対象者・要支援 2（週 2 回程度）の場合 288 円／月

- ・サービス提供体制強化加算 II・・・要介護の場合 18 円／1 回利用
事業対象者・要支援 1（週 1 回程度）の場合 72 円／月
要支援 2（週 1 回程度）の場合 72 円／月
事業対象者・要支援 2（週 2 回程度）の場合 144 円／月

・中重度ケア体制加算・・・135 円/日

・認知症加算・・・180 円/日

・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）・・・1 ヶ月の介護報酬分に 5.9%を乗じたもの

・介護職員処遇改善加算（Ⅱ）・・・1 ヶ月の介護報酬分に 4.3%を乗じたもの

・介護職員処遇改善加算（Ⅲ）・・・1 ヶ月の介護報酬分に 2.3%を乗じたもの

・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）・・・1 ヶ月の介護報酬分に 1.2%を乗じたもの

・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）・・・1 ヶ月の介護報酬分に 1.0%を乗じたもの

（3 割負担の場合は、上記で算出した 3 倍の額となります）

・延長加算・・・9 時間以上 10 時間未満の場合 150 円

10 時間以上 11 時間未満の場合 300 円

11 時間以上 12 時間未満の場合 450 円

12 時間以上 13 時間未満の場合 600 円

13 時間以上 14 時間未満の場合 750 円

* ご利用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、介護予防サービス支援計画書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、ご利用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。

* 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご利用者の負担額を変更します。

* ご利用者に提供する食事に関わる費用は別途いただきます。

(2) 介護保険給付対象外サービス

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者（利用者）の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

- ① 食事の材料の提供（食材費・オヤツ代&飲み物代を含む）
1日 700円
- ② ご利用者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加して頂くことができます。
利用料金：費用等の実費を頂くことがあります。
- ③ 複写物の交付
ご契約者（ご利用者）は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。
1枚につき 10円
- ④ 日常生活上必要となる諸費用
日常生活費の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者（利用者）に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。
オムツ代等(オムツ 150円 リハビリパンツ 150円 パット 50円)
- ⑤ 通所介護利用中に緊急通院の搬送をした場合（原則家族）。

(3) 利用料金のお支払い方法

前期（1）、（2）の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25までにお支払いください。

(4) 利用日の中止・変更・追加（契約書第8条参照）

- ・利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防通所介護の利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施前日（原則として）までに事業所にお申し出ください。
- ・利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になっても利用の中止の申し出がなかった場合、取り消し料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定者の当日までに申し出がなかった場合 (ご連絡なくキャンセルされた場合)	当日利用の10%

- ・ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望す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契約者に提示して協議します。
- ・ ご利用者がサービスを利用している期間でも、利用を中止することができます。その場合既に実施されたサービスに関わる利用料金はお支払いいただきます。

6. 苦情受付について（契約書第20条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は下記の専用窓口で受け付けます。

- ・ 苦情受付窓口（担当者）

管 理 者 箕輪 光成

生活相談員 大原 努

- ・ 受付時間 毎週月曜日～金曜日

8：30～17：30

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

- 行方市役所介護保険課

所 在 地 行方市玉造甲404

電話番号 0299-55-0111

受付時間 9：00～17：00（平日）

- 潮来市役所高齢福祉課

所 在 地 潮来市潮来辻621

電話番号 0299-63-1111

受付時間 9：00～17：00（平日）

- 国民健康保険団体連合

所 在 地 水戸市笠原町978-26

茨城県市町村会館内

電話番号 029-301-1550

F A X 029-301-1580

受付時間 9：00～17：00（平日）

- 茨城県社会福祉協議会

所 在 地 水戸市千波町1918

茨城県総合福祉会館内

電話番号 029-241-1133

F A X 029-241-1434

受付時間 9：00～17：00（平日）

重要事項説明書同意書

デイサービスセンターあそうの郷の提供開始に際し、ご契約者（利用者）に対して、重要事項説明書に基づいて説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人 愛和会
 デイサービスセンター あそうの郷
所在地 茨城県行方市青沼981番地2
代表者 施設長 箕輪 光成 印

説明者 デイサービスセンターあそうの郷
職名 生活相談員
氏名 大原 努 印

私は、本書面により、事業者から重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

契約者 住所
 氏名 印
 続柄 ()

利用者 氏名 印