

重要事項説明書

(第1号通所事業)

(通所介護)

利用者：_____様

事業者：株式会社トラスト
_____ケアサポート太田

【ケアサポート太田】の概要

① 事業者（法人）の概要

| | |
|------|-----------------|
| 名称 | 株式会社トラスト |
| 代表者名 | 鹿志村 雅男 |
| 所在地 | 茨城県那珂市菅谷 4009-2 |
| 連絡先 | 029-219-6378 |

② 事業所の概要

| | |
|-------|---------------------|
| 事業所名 | ケアサポート太田 |
| 所在地 | 茨城県常陸太田市谷河原町 1179-1 |
| 連絡先 | 0294-72-0637 |
| 事業所番号 | 0871200564 |
| 管理者氏名 | 鴨志田 亮太 |

③ 職員体制

| 職種 | 職務内容 | 常勤 | 非常勤 | 計 |
|---------|-----------------------|----|-----|----|
| 管理者 | 当事業所の運営全般 | 1名 | 名 | 1名 |
| 生活相談員 | 指定通所介護の利用申し込みおよび相談業務等 | 2名 | 名 | 2名 |
| 看護職員 | ご利用者の健康状態のチェック | 1名 | 名 | 1名 |
| 機能訓練指導員 | 機能訓練指導 | 3名 | 名 | 3名 |
| 介護職員 | ご利用者の介護・機能訓練補助 | 5名 | 3名 | 8名 |

④ サービス実施エリア

| | |
|-------|--|
| 実施エリア | 常陸太田市、常陸大宮市、那珂市、東海村、日立市、ひたちなか市 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください ※区域外の送迎費はいただきません |
|-------|--|

⑤ 営業日

| 営業日 | 営業時間 |
|-------------|------------|
| 月・火・水・木・金・土 | 8:30～17:30 |
| 営業しない日 | 日 |
| サービス提供時間 | 9:00～16:30 |

サービスの内容と料金

① 介護保険給付対象サービス

| 種類 | 内容 |
|--------|--|
| 食事 | 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行う。 時間：12:00～13:00 |
| 入浴 | ご自宅で入浴の出来ない方を対象とする。 リハビリの一環として行い、ご自宅での入浴を目指す。 |
| 排泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行う。 |
| 機能訓練 | 身体機能維持向上のため、機能訓練指導員が利用者の状況に適した機能訓練を行う。 |
| 健康チェック | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者及びその後見人、家族又は身元引受人からのご相談に応じます。 |
| 送迎 | ご自宅から施設までの送迎を行います。 |
| その他 | 必要な介護を行います。 |

② 料金表・加算料金表

料金は単位数×10円で計算され、介護保険負担割合に応じた給付（7割、8割もしくは9割）を受け、残りが利用者負担額となります。

《要介護》

| 区分 | 単位 | 一割負担金 | 二割負担金 | 三割負担金 |
|-------------------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 要介護 1 | 607単位/回 | 607円/回 | 1,214円/回 | 1,821円/回 |
| 要介護 2 | 716単位/回 | 716円/回 | 1,432円/回 | 2,148円/回 |
| 要介護 3 | 830単位/回 | 830円/回 | 1,660円/回 | 2,490円/回 |
| 要介護 4 | 946単位/回 | 946円/回 | 1,892円/回 | 2,838円/回 |
| 要介護 5 | 1,059単位/回 | 1,059円/回 | 2,118円/回 | 3,177円/回 |
| 加算 | 単位 | 一割負担金 | 二割負担金 | 三割負担金 |
| 入浴介助加算Ⅰ | 40単位/回 | 40円/回 | 80円/回 | 120円/回 |
| 入浴介助加算Ⅱ (利用者様に応じて算定) | 55単位/回 | 55円/回 | 110円/回 | 165円/回 |
| 個別機能訓練加算Ⅰ(ロ) | 76単位/回 | 76円/回 | 152円/回 | 228円/回 |
| 個別機能訓練加算Ⅱ | 20単位/月 | 20円/月 | 40円/月 | 60円/月 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位/月 | 40単位/月 | 80単位/月 | 120単位/回 |
| ADL維持等加算Ⅰ又はⅡ | 30又は60単位/月 | 30円又は60円/月 | 60円又は120円/月 | 90円又は180円/月 |
| 送迎減算 | -47単位/片道 | -47円/片道 | -94円/片道 | 141円/回 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位の9.0% | 所定単位の9.0% | 所定単位の9.0% | 所定単位の9.0% |

※ADL維持等加算Ⅰ又はⅡについては、実績に応じて算定する加算となります。

《要支援、事業対象者》

| 区分 | 単位 | 一割負担金 | 二割負担金 | 三割負担金 |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 要支援 1、事業対象者 | 1,798単位/月 | 1,798円/月 | 3,569円/月 | 5,394円/月 |
| 要支援 2、事業対象者 | 3,621単位/月 | 3,621円/月 | 7,242円/月 | 10,863円/月 |
| 加算 | 単位 | 一割負担金 | 二割負担金 | 三割負担金 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位/月 | 40単位/月 | 80単位/月 | 120単位/回 |
| 送迎減算 | -47単位/片道 | -47円/片道 | -94円/片道 | 141円/回 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位の9.0% | 所定単位の9.0% | 所定単位の9.0% | 所定単位の9.0% |

介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担になります。

③ 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外サービスの利用料は全額負担となります。(要支援・要介護共通)

| 種類 | 内容 | 利用料 |
|-------------|--------------|------------------|
| 食材料費用 | 昼食・おやつ | 1食につき770円 |
| レクリエーション材料費 | 材料費、参加費等 | 実費 ※月により異なります |
| その他の日常生活費 | 個別に提供する日用品など | 実費 |
| リハビリパンツ | | 実費 |
| オムツ | | 実費 |
| パット | | 実費 |
| 複写物 | | 1枚につき10円 |

④ 利用料等のお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたしますので、翌月末日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

⑤ 第三者による評価の実施状況

① あり 実施日 : 年 月 日
 評価機関名称 :
 結果の開示 : 1あり 2なし

② なし

⑥ 事業者が提供するサービス内容に関する苦情等相談窓口

| | | |
|---------|--------|---------------------|
| 苦情等受付窓口 | 窓口担当者 | 鴨志田 亮太 |
| | ご利用時間 | (平日) 午前8時30～午後5時30分 |
| | 電話番号 | 0294-72-0637 |
| | FAX 番号 | 0296-33-6040 |

⑦ その他の苦情相談窓口

茨城県 国民健康保険団体連合会 介護保険課介護保険苦情相談室

029-301-3313

常陸太田市 福祉事務所高齢福祉課

0294-72-3111

常陸大宮市 介護高齢課

0295-52-1111

那珂市 介護長寿課 介護保険G

029-298-1111

東海村 介護福祉課

029-282-3111

日立市 保健福祉部 高齢福祉課

0294-22-3111

ひたちなか市 福祉部 介護保険課

029-273-0111

⑧ 緊急時の対応方法

緊急時には利用者の主治医へ連絡を行い、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 | 医療機関名 | |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | 携帯電話 | |
| | その他連絡先 | ① ② |

⑨ 協力医療機関

| | |
|---------|----------------------------|
| 協力医療機関名 | 脳神経外科 ブレインピア南太田 |
| 院長氏名 | 河野 拓司 |
| 所在地 | 茨城県常陸太田市谷河原町1183-1 |
| 電話番号 | 0294-70-1711 |
| 診療科目 | 脳神経外科・循環器科・神経内科・リハビリテーション科 |

⑩ 送迎確認事項

- ※ 送迎は玄関までになります。道が狭い場合は、大きな道路で送迎車が待っている場合もあります。
- ※ 送迎時間に変更になる場合は予めご連絡致します。
- ※ 通所介護の途中での病院受診・服薬の受け取りは、緊急の場合を除き介護保険制度上出来ませんのでご了承願います。
- ※ 通所利用終了後に病院受診・服薬の受け取りは可能ですが、帰りの送迎は出来ませんので、その場合はご家族が迎えに来られるか、その他の手段でご帰宅をお願いいたします。

⑪ その他の確認事項

- ※ 飲食物の持ち込みはご遠慮ください。水・お茶の類は持ち込み可能です。
- ※ 不要な金銭の所持に関してもご遠慮ください。基本的に施設内では金銭は不要です。所持された場合の、金銭・貴重品の管理は自己責任でお願いいたします。
- ※ 施設内はもとより、施設敷地内は禁煙です。タバコ、ライターなどの持ち込みはご遠慮ください。
- ※ 利用者の飲酒、火気の取り扱い、営利行為、宗教活動および勧誘、特定の政治活動、ペットの持ち込み、他利用者への迷惑行為は禁止とします。

⑫ 当事業所は、通所介護サービスを提供する範囲で必要となる利用者又は利用者家族の個人情報を利用することがあります。

- ※ 居宅介護支援事業所への情報共有
- ※ サービス担当者会議における情報共有
- ※ 保険者(市町村)への届出
- ※ 医療機関への情報共有

令和 年 月 日

当事業者は、甲に対する通所介護サービスの提供開始にあたり、甲及び乙に対して、契約書及び重要事項説明書、個人情報保護方針・利用者情報の提供に関する指針に基づいて、契約内容及び重要事項、個人情報の取り扱いに関して説明をしました。

(丙) 事業者

所在地 茨城県那珂市菅谷 4009-2
名称 株式会社トラスト
代表 鹿志村 雅男 印

説明者 所属 ケアサポート太田

氏名 印

私は、丙から契約書及び重要事項説明書、個人情報保護方針・利用者情報の提供に関する指針についての説明を受け、了承をしました。

(甲) 利用者

住所

氏名 印

(乙) 利用者の署名代行者

住所

氏名 印