

重要事項説明書

(第1号通所事業)

(通所介護)

利用者： _____ 様

株式会社トラスト

事業者： ケアサポートみなと

【ケアサポートみなと】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 番地 2
連絡先	029-219-6378

② 事業所の概要

事業所名	ケアサポートみなと
所在地	茨城県ひたちなか市湊中央1-7-23
連絡先	029-229-2107
事業所番号	0872101944
管理者氏名	石田 孝

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	1名	名	1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	2名	名	2名
介護職員	ご利用者の介護・機能訓練補助	5名	名	5名

④ サービス実施エリア

実施エリア	ひたちなか市、東茨城郡大洗町、水戸市 ※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 年末年始 (12/31～1/3)
サービス提供時間	9:00～16:30

⑥ 第三者による評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2. なし		

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し、リハビリの一環として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。

料金表・加算料金表

料金は単位数×10.14円で計算され、介護保険負担割合に応じた給付（7割、8割、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	658 単位/回	668 円/回	1,335 円/回	2,002 円/回
要介護2	777 単位/回	788 円/回	1,576 円/回	2,364 円/回
要介護3	900 単位/回	913 円/回	1,826 円/回	2,738 円/回
要介護4	1,023 単位/回	1,038 円/回	2,075 円/回	3,112 円/回
要介護5	1,148 単位/回	1,164 円/回	2,328 円/回	3,492 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	41 円/回	81 円/回	121 円/回
入浴介助加算Ⅱ (利用者様に応じて算定)	55 単位/回	56 円/回	112 円/回	168 円/回
個別機能訓練加算Ⅰ(イ)	56 単位/回	57 円/回	114 円/回	171 円/回
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月	21 円/月	41 円/月	61 円/月
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	41 円/月	82 円/月	122 円/月
送迎減算	-47 単位/片道	-48 円/片道	-96 円/片道	-143 円/片道
介護職員等処遇改善加算(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%

※入浴介助加算Ⅱについては、利用者に応じて算定となります。

《要支援、事業対象者》ひたちなか市在住の方（地域区分7級地のため 1単位=10.14円）

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	1,823 円/月	3,647 円/月	5,470 円/月
要支援2、事業対象者(週1回)	1,998 単位/月	2,026 円/月	4,052 円/月	6,078 円/月
要支援2、事業対象者(週2回)	3,621 単位/月	3,672 円/月	7,344 円/月	11,015 円/月
加算	単位	一割負担金	二割負担金	三割負担金
介護職員等処遇改善加算(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%

《要支援、事業対象者》大洗町在住の方（地域区分7級地のため 1単位=10.14円）

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 (要支援1相当)	436 単位/回 (月4回まで) 1,798 単位/月 (月5回以上)	443 円/回 (月4回まで) 1,824 円/月 (月5回以上)	885 円/回 (月4回まで) 3,647 円/月 (月5回以上)	1,327 円/回 (月4回まで) 5,470 円/月 (月5回以上)
要支援2 事業対象者 (要支援2相当)	447 単位/回 (月8回まで) 3,621 単位/月 (月9回以上)	454 円/回 (月8回まで) 3,672 円/月 (月9回以上)	907 円/回 (月8回まで) 7,344 円/月 (月9回以上)	1,360 円/回 (月8回まで) 11,015 円/月 (月9回以上)
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	41 円/月	82 円/月	122 円/月
介護職員等処遇改善加算(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%

《要支援、事業対象者》水戸市在住の方（地域区分5級地のため 1単位=10.45円）

区分	単位	1割負担金	2割負担金	3割負担金
要支援1、事業対象者	436 単位/回 (月4回まで) 1,798 単位/月 (月5回以上)	456 円/回 (月4回まで) 1,879 円/月 (月5回以上)	912 円/回 (月4回まで) 3,758 円/月 (月5回以上)	1,367 円/回 (月4回まで) 5,637 円/月 (月5回以上)
要支援2、事業対象者	447 単位/回 (月8回まで) 3,621 単位/月 (月9回以上)	468 円/回 (月8回まで) 3,784 円/月 (月9回以上)	935 円/回 (月8回まで) 7,568 円/月 (月9回以上)	1,402 円/回 (月8回まで) 11,352 円/月 (月9回以上)
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	42 円/月	84 円/月	126 円/月
介護職員等処遇改善加算(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。

② 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

※ 使用済みのオムツ等はお持ち帰りになります

③ 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。

④ 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	石田 孝
	ご利用時間	(平日) 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
	電話番号	029-229-2107
	FAX 番号	029-229-2108

⑤ 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

〒310-0852 茨城県水戸市笠原町 978-26

☎029-301-1565

ひたちなか市 福祉部 介護保険課

〒312-8501 茨城県ひたちなか市東石川 2-10-1

029-273-0111

大洗町 福祉課 社会福祉係

〒311-1392 茨城県東茨城郡大洗町磯浜 6881-275

☎ 029-267-5111

水戸市 保健福祉部 介護保険課

〒310-8610 茨城県水戸市三の丸 1-5-48 三の丸臨時庁舎 2 階

029-232-9177

⑥ 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

協力医療機関

協力医療機関名	
院長氏名	
所在地	
電話番号	
診療科目	

⑦ 事故対応について

利用者の状態の急変や事故等が発生した場合には、速やかに利用者の状態把握をおこなったうえで、ご家族または緊急連絡先及び関係機関(市町村等)に連絡を行うとともに、必要な措置を迅速に講じます。

⑧ 損害賠償

利用者に対するサービスの提供に当たって万が一事故が発生し、利用者又はその家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、利用者又はその家族に重大な過失がある場合には、賠償額を減ずることができません。当事業所は万が一の事故発生に備えて、損害賠償責任保険に加入しています。

次の各項目のいずれかに該当する場合には、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。

- ・利用者又はその家族が、サービスのために必要な事項に関する聴取・確認および契約締結時にその心身の状況及び病歴などの重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行った事にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ・利用者の急激な体調の変化等、事業者が実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ・利用者及びその家族が事業者及び事業者の従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

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。

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。

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 番地 2
名称 株式会社トラスト
代表 鹿志村 雅男 印

説明者 所属 ケアサポートみなと

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