

重要事項説明書

(通所介護)

(第1号通所事業)

利用者：様

株式会社トラスト

事業者：ケアサポート旭ヶ丘

【ケアサポート旭ヶ丘】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	ケアサポート旭ヶ丘
所在地	茨城県鉾田市鹿田919-2
連絡先	0291-32-7516
事業所番号	0875400335
利用定員	30名
管理者氏名	柴崎 晃

③ 職員体制

職種	職務内容	常 勤・非常勤
管理者	当事業所の運営全般	1名以上
生活相談員	指定通所介護及び指定第1号通所事業の利用申し込みおよび相談業務等	1名以上
看護職員	ご利用者の健康状態のチェック	1名以上
機能訓練指導員	機能訓練指導	1名以上
介護職員	ご利用者の介護・機能訓練補助	1名以上

④ サービス実施エリア

実施エリア	鉾田市、小美玉市、行方市、大洗町、茨城町 ※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月31日～1月3日）
サービス提供時間	9:00～16:30

サービスの内容と料金

⑥ 介護給付及び第1号事業支給費対象サービス

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。

⑦ 料金表

単位数×10 円（市町村によって違いあり）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》（地域区分その他のため 1 単位=10 円）

区分	単位	1 割負担金	2 割負担金	3 割負担金
要 介 護 1	658 単位／回	658 円／回	1,316 円／回	1,974 円／回
要 介 護 2	777 単位／回	777 円／回	1,554 円／回	2,331 円／回
要 介 護 3	900 単位／回	900 円／回	1,800 円／回	2,700 円／回
要 介 護 4	1,023 単位／回	1,023 円／回	2,046 円／回	3,069 円／回
要 介 護 5	1,148 単位／回	1,148 円／回	2,296 円／回	3,444 円／回
加算	単位	1 割負担金	2 割負担金	3 割負担金
入浴介助加算Ⅰ	40 単位／回	40 円／回	80 円／回	120 円／回
個別機能訓練加算Ⅰ（イ）	56 単位／回	56 円／回	112 円／回	168 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 円／月	80 円／月	120 円／月
送迎減算	-47 単位／片道	-47 円／片道	-94 円／片道	-141 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%

《要支援、事業対象者》銚田市在住の方（地域区分その他のため 1 単位=10 円）

区分	単位	一割負担金	二割負担金	三割負担金
事業対象者、要 支 援 1	1,798 単位／月	1,798 円／月	3,596 円／月	5,394 円／月
要 支 援 2	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 円／月	80 円／月	120 円／月
送迎減算	-47 単位／片道	-47 円／片道	-94 円／片道	-141 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%

《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
送迎減算	-47 単位／片道	-47 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%

《要支援、事業対象者》小美玉市、茨城町在住の方（地域区分その他のため 1単位=10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)	436円/回 (月4回まで) 1,798円/月 (月5回以上)	872円/回 (月4回まで) 3,596円/月 (月5回以上)	1,308円/回 (月4回まで) 5,394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)	447円/回 (月8回まで) 3,621円/月 (月9回以上)	894円/回 (月8回まで) 7,242円/月 (月9回以上)	1,341円/回 (月8回まで) 10,863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	40円/月	80円/月	120円/月
送迎減算	-47単位/片道	-47円/片道	-94円/片道	-141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%

《要支援、事業対象者》行方市在住の方（地域区分その他のため 1単位=10円）

区分	単位	一割負担金	二割負担金	三割負担金
事業対象者、要支援1	1,798単位/月	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月
要支援2(週1回程度)	1,811単位/月	1,811円/月	3,622円/月	5,433円/月
要支援2(週2回程度)	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円/月	80円/月	120円/月
送迎減算	-47単位/片道	-47円/片道	-94円/片道	-141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%

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。

⑧ 《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660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

⑨ 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。

⑩ 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

⑪ 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	柴崎 晃
	ご利用時間	午前8時30～午後5時30分
	電話番号	0291-32-7516
	FAX 番号	0291-32-7517

⑫ 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	029-301-1565
鉾田市	介護保険課	0291-36-7761
小美玉市	福祉部・福祉事務所 介護福祉課 高齢福祉係	0299-48-1111
行方市	介護福祉課 介護保険グループ	0299-55-0111
大洗町	福祉課 介護保険係	029-265-5111
茨城町	保健福祉部 長寿福祉課	029-292-1111

⑬ 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

⑭ 協力医療機関

協力医療機関名	脳神経外科ブレインピア桜ヶ丘
院長氏名	横田 仁
所在地	茨城県東茨城郡茨城町奥谷1076
電話番号	029-292-1251
診療科目	脳神経外科・脳神経内科・リハビリテーション科・脳ドック

⑮ 事故対応について

- ※ サービスの提供にあたって、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行ったうえで、家族または緊急連絡先及び関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を迅速に講じます。

⑯ 損害賠償について

- ※ 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す。
 - ※ 事業者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。
 - ※ 事業者は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。
- (ア) 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。
- (イ) 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。
- (ウ) 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。

⑰ 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。
- ※ 通所介護及び第1号通所事業（以下「通所介護等」という。）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。
- ※ 通所介護等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。

⑱ 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をお願いいたします。
- ※ 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。

⑲ 当事業所は、通所介護等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及び地域包括支援センター（介護予防支援事業所）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等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
代表取締役 鹿志村 雅男 印

説明者 所属 ケアサポート旭ヶ丘

氏名 柴崎 晃 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