

重要事項説明書

地域密着型通所介護

第1号通所事業

利用者：_____様

株式会社トラスト

事業者：ケアサポートつどいの丘

【ケアサポートつどいの丘】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 4 0 0 9 - 2
連絡先	0 2 9－2 1 9－6 3 7 8

2 事業所の概要

事業所名	ケアサポートつどいの丘
所在地	茨城県那珂市横堀 1632
連絡先	0 2 9－2 1 2－5 0 8 8
事業所番号	0 8 9 2 6 0 0 1 2 3
管理者氏名	谷中 多加子

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	0 名	1 名（兼務）
生活相談員	地域密着型通所介護等の利用申し込みおよび相談業務等	1 名	0 名	1 名（専従）
看護職員	ご利用者の健康状態のチェック	0 名	1 名	1 名
機能訓練指導員	機能訓練指導	1 名	0 名	1 名（兼務）
介護職員	ご利用者の介護・機能訓練補助	1 名	0 名	1 名

4 サービス実施エリア

実施エリア	那珂市、ひたちなか市、常陸太田市 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください ※「要介護」の認定を受けた方の場合、那珂市以外の方は利用できません ※区域外の送迎費はいただきません
-------	---

5 営業日・営業時間

営業日	月・火・水・木・金
営業時間	8：30～17：30
営業しない日	土日 ※12月31日～1月3日
サービス提供時間	午前の部 9：00～12：00

6 サービスの内容と料金

(1) 介護保険給付及び総合事業の対象サービス

種 類	内 容
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。
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います。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。
その他	地域密着型通所介護計画等に沿って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×10.14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》 単位数×10.14円（7級地）で計算されます。

区 分	単位数	1割負担金	2割負担金	3割負担金
要介護1	416単位/回	422円/回	844円/回	1,266円/回
要介護2	478単位/回	485円/回	970円/回	1,455円/回
要介護3	540単位/回	548円/回	1,095円/回	1,644円/回
要介護4	600単位/回	609円/回	1,217円/回	1,827円/回
要介護5	663単位/回	673円/回	1,345円/回	2,019円/回
加 算	単位数	1割負担金	2割負担金	3割負担金
個別機能訓練加算Ⅰ	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
送迎減算	－47単位/回	－48円/回	－96円/回	－143円/回
介護職員等処遇改善 加算（Ⅱ）	所定単位の5.9%	所定単位の5.9%	所定単位の5.9%	所定単位の5.9%
特定介護職員処遇改善 加算（Ⅱ）	所定単位の1.0%	所定単位の1.0%	所定単位の1.0%	所定単位の1.0%
介護職員等ベースアップ等支援加算	月総単位数の 1.1%	月総単位数の 1.1%	月総単位数の 1.1%	月総単位数の 1.1%

《要支援》

（那珂市・ひたちなか市にお住まいの方） 単位数×10.14円（7級地）で計算されます。

区 分	単位数	1割負担金	2割負担金	3割負担金
要支援1	1798単位/月	1,824円/月	3,647円/月	5,472円/月
要支援2	3,621単位/月	3,672円/月	7,344円/月	11,016円/月
要支援2 （ひたちなか市在住、 週1回程度）	1,998単位/月	2,026円/月	4,052円/月	6,078円/月
要支援2 （ひたちなか市在住、 週2回程度）	3,621単位/月	3,672円/月	7,344円/月	11,016円/月
加 算	単位数	1割負担金	2割負担金	3割負担金
介護職員処遇改善 加算（Ⅰ）	所定単位の5.9%	所定単位の5.9%	所定単位の5.9%	所定単位の5.9%
特定介護職員処遇改善 加算（Ⅱ）	所定単位の1.0%	所定単位の1.0%	所定単位の1.0%	所定単位の1.0%
介護職員等ベースアップ等支援加算	月総単位数の 1.1%	月総単位数の 1.1%	月総単位数の 1.1%	月総単位数の 1.1%

《要支援》

(常陸太田市にお住まいの方) 単位数×10円(その他)で計算されます。

区 分	単位数	1割負担金	2割負担金	3割負担金
要支援1	1,798単位/月	1,842円/月	4,694円/月	5,016円/月
要支援2	3,621単位/月	3,672円/月	7,344円/月	11,016円/月
加 算	単位数	1割負担金	2割負担金	3割負担金
介護職員処遇改善 加算(Ⅰ)	所定単位の5.9%	所定単位の5.9%	所定単位の5.9%	所定単位の5.9%
特定介護職員処遇改善 加算(Ⅱ)	所定単位の1.0%	所定単位の1.0%	所定単位の1.0%	所定単位の1.0%
介護職員等ベースアッ プ等支援加算	月総単位数の 1.1%	月総単位数の 1.1%	月総単位数の 1.1%	月総単位数の 1.1%

通所型サービスA(事業対象者)

区 分	単位数	1割負担金	2割負担金	3割負担金
送迎あり(往復)	357単位	357円/回	714円/回	1,071円/回
送迎なしの場合の減算 (片道)	-20単位	-20円/回	-40円/回	-60円/回

※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) 介護保険給付及び総合事業の対象外サービス

介護保険給付及び総合事業の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(税別)
レクレーション材料費	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

7 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。

8 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	谷中 多加子
	ご利用時間	(平日) 午前8時30分～午後5時30分
	電話番号	029-219-5088
	FAX 番号	029-229-2577

9 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 電話 029-301-1565

那珂市 保健福祉部 介護長寿課 介護保険グループ

〒311-0192 茨城県那珂市福田 1819-5 電話 029-298-1111

ひたちなか市 高齢福祉課

〒312-8501 茨城県ひたちなか市東石川 2-10-1 電話 029-273-0111

常陸太田市 高齢福祉課

〒313-8611 茨城県常陸太田市金井町 3690 電話 0294-72-3111

10 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		

1 1 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

1 2 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があります。
- * 送迎時間に変更になる場合は予めご連絡致します。
- * サービス利用中での病院受診・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。
- * サービス利用終了後に病院受診・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。

1 3 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。

令和 年 月 日

当事業者は、甲に対する地域密着型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4009-2

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 ケアサポートつどいの丘

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 _____