

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： ケアサポートゆうき

【ケアサポートゆうき】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	ケアサポートゆうき
所在地	茨城県結城市古宿新田33番地2
連絡先	0296-45-8751
事業所番号	0870700648
管理者氏名	永島 知明

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
看護職員	ご利用者様の健康状態のチェック	1名	0名	1名
生活相談員	利用者様の生活相談	2名	0名	2名
機能訓練指導員	機能訓練指導	2名	0名	2名
介護職員	ご利用者様の介護・機能訓練補助	10名	2名	12名

④ サービス実施エリア

実施エリア	結城市、筑西市、下妻市、八千代町、古河市、坂東市、小山市、野木町 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください
-------	--

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・祝日（不定期に営業あり）
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×10,14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】

《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	616円/回	1,231円/回	1,819円/回
要介護2	716単位/回	726円/回	1,452円/回	2,178円/回
要介護3	830単位/回	842円/回	1,684円/回	2,525円/回
要介護4	946単位/回	960円/回	1,919円/回	2,878円/回
要介護5	1,059単位/回	1,074円/回	2,148円/回	3,222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	122円/回
入浴介助加算Ⅱ (利用者様に応じて算定)	55単位/回	56単位/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	81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%

※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割もしくは9割）を受け残りが利用者様の負担額となります。

《要支援》※お住まいの市町村により料金が異なります

7級地10.14円で計算されます。

(結城市、筑西市、下妻市、八千代町、小山市、坂東市にお住まいの方)

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	1,824円/月	3,647円/月	5,570円/月
要支援2	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
科学的介護推進体制加算	40単位/月	41円/月	81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%

6級地10.27円で計算されます

(古河市にお住まいの方)

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	1,897単位/月	1,949円/月	3,897円/月	5,845円/月
要支援2	3,653単位/月	3,752円/月	7,504円/月	11,255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	41円/月	82円/月	123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%

6級地10.27円で計算されます

(野木町にお住まいの方)

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	1,847円/月	3,647円/月	5,470円/月
要支援2	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
科学的介護推進体制加算	40単位/月	41円/月	82円/月	123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。

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。(事業対象・要支援・要介護者共通)

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

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	
		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	永島 知明
	ご利用時間	(平日) 午前8時30～午後5時30分
	電話番号	0296-45-8751
	FAX 番号	0296-45-8752

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	029-301-1565
〒310-0852 茨城県水戸市笠原町978-26	
結城市役所 長寿社会福祉課	0296-45-6672
〒307-8501 茨城県結城市大字結城1447	
筑西市役所 介護保険課	0296-24-2111
〒308-8616 茨城県筑西市下中山732-1	
下妻市役所 介護保険課	0296-43-2111
〒304-8501 茨城県下妻市本城町2丁目22番地 第2庁舎2階	
八千代町役場 福祉保健課	0296-48-1111
〒300-3572 茨城県結城郡八千代町大字菅谷1170	
野木町役場 町民生活部健康福祉課	0280-57-4111
〒329-0195 栃木県下都賀郡野木町大字丸林571	
小山市役所 高齢生きがい課	0285-22-9541
〒323-8686 栃木県小山市中央町1-1-1	
坂東市役所 介護福祉課	0297-35-2121
〒306-0600 茨城県坂東市山2730番地	
古河市役所 健康福祉部介護保険課	0280-92-4921
〒306-0291 茨城県古河市下大野2248	

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	

協力医療機関

協力医療機関名	医療法人創樹会 稲葉医院
院長氏名	稲葉 直樹
所在地	茨城県結城市大字結城1 4 1 6
電話番号	0 2 9 6 - 3 3 - 2 2 3 9
診療科目	内科

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。

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。
- ※ 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ば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
代表取締役 鹿志村 雅男 印

説明者 所属 ケアサポートゆうき

氏名 永島 知明 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