

[指定通所介護]重要事項説明書

当事業所は、ご利用者に対して指定通所介護サービスを開始するにあたり、厚生省令37号第8条に基づいて、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1：事業者

- | | |
|-----------|----------------------|
| (1) 会社名 | 有限会社 テルメディカケアアシスト |
| (2) 会社所在地 | 〒440-0892 豊橋市新本町42番地 |
| (3) 電話番号 | 0532 (55) 0072 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 坂田 憲彦 |
| (5) 設立年月日 | 平成14年3月22日 |

2：事業所の概要

- | | |
|--------------------------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護事業 |
| (2) 事業所の名称 | 花園ケアプラザデイサービス |
| (3) 指定番号 | 愛知県 2372001970号 |
| (4) 事業所の所在地 | 愛知県豊橋市花園町45番地の2 |
| (5) 電話番号 | 0532 (55) 0072 |
| (6) 事業所長(管理者) | 氏名 坂田 輝子 |
| (7) 事業の目的 | 介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とします。 |
| (8) 事業所の運営方針 | <p>1、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図り援助を行います。</p> <p>2、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> |
| (9) 開設年月日 | 平成17年1月15日 |
| (10) 指定通所介護及び指定介護予防通所サービスの利用定員 | |

1 単位目 20 人 (通常規模)

2 単位目 10 人 (通常規模)

3：事業実施地域及び営業時間

- | | |
|----------------|---|
| (1) 通常の事業の実施地域 | 指定校区域 (豊城中、吉田方中、中部中、牟呂中、青陵中、東陵中、豊岡中、飯村中、高師台中、本郷中、南部中、南陽中、北部中、前芝中) |
|----------------|---|

(2) 営業日及び営業時間

1 単位目

営業日	月曜日～金曜日（5月3日～5日、8月13日～15日、12月31日～1月3日は休業します。）
受付時間	午前9時～午後5時
サービス提供時間帯	9時30分～16時35分

2 単位目

営業日	月曜日～金曜日（5月3日～5日、8月13日～15日、12月31日～1月3日は休業します。）
受付時間	午前9時～午後5時
サービス提供時間帯	9時30分～16時35分

4：職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として以下の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

1 単位目

職種	常勤換算	指定基準
事業所長(管理者)	1名	1名
看護職員	1名	1名
介護職員	2名	2名
生活相談員	1名	1名

2 単位目

職種	常勤換算	指定基準
事業所長(管理者)	1名	1名
看護職員	1名	1名
介護職員	1名	1名
生活相談員	1名	1名

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
一、介護職員	勤務時間 9：00～17：00
二、看護職員	勤務時間 9：30～16：35 原則として1名勤務
三、生活相談員	勤務時間 9：00～17：00 原則として1名勤務
四、機能訓練指導員	看護師、柔道整復師が勤務します

5：当事業所が提供するサービスの概要

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。
豊橋市においては7級地の地域区分の適用を受け、

1 単位 10 円→10,14 円として加算されます。介護職員処遇改善加算(Ⅰ) が総単位数の 5.9%に相当する単位に変更され加算されます。介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) が総単位数の 1%に相当する単位に変更され加算されます。介護職員等ベースアップ等支援加算が総単位数の 1.1%に相当する単位に変更され加算されます。

<基本料金>

通常規模型事業所

のサービスの種類 利用時間 7 時間以上 8 時間未満 自己負担金

【1 単位目】

要介護 1	655 単位	665 円
要介護 2	773 単位	784 円
要介護 3	896 単位	909 円
要介護 4	1018 単位	1033 円
要介護 5	1142 単位	1158 円

通常規模事業所

のサービスの種類 利用時間 3 時間以上 4 時間未満 自己負担額

【2 単位目】

要介護 1	368 単位	374 円
要介護 2	421 単位	427 円
要介護 3	477 単位	484 円
要介護 4	530 単位	538 円
要介護 5	585 単位	594 円

<選択的サービス>

サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 単位/回	自己負担額	6 円
個別機能訓練加算(Ⅰイ)	5 6 単位/日	自己負担額	57 円
口腔機能向上加算Ⅰ	1 5 0 単位/回*月 2 回まで。原則 3 ヶ月	自己負担額	153 円
入浴介助加算Ⅰ	4 0 単位/回	自己負担額	41 円

<サービス概要>

① 食事の提供 (ただし、食費は別途いただきます。)

当事業所では、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。

② 入浴

入浴又は清拭を行います。

③ 排泄

ご利用者の排泄の介助を行います。

④ 機能訓練

機能訓練指導員により、ご利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送迎

ご利用者のご自宅から当事業所までの送迎を行います。

- ☆（注）ご利用者に提供する食事にかかわる費用は別途いただきます。
- ☆（注）通常事業の実施地域を越え送迎する場合は別途いただきます。
- ☆（注）介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担金額を変更します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

[利用料金]

◆食事の提供(食費)

ご利用者に提供する食事にかかわる費用です。

料金；1食あたり 600円

おやつ 100円

- ◆ 娯楽教養費として利用ごとに100円
- ◆ 選択的加算を使用される用具については実費負担をお願いします。
- ◆ 洗濯代 100円 買い物代行料 100円
- ◆ 送迎区域を超えた場合、1kmにつき150円

◆主治医等の証明書の提出

入浴の実施について必要な事項を記載した主治医等の証明書を、提出していただく場合がございます。

証明書の発行についての費用は医療機関に直接お支払いください。

◆レクリエーション活動

ご利用者の希望によりレクリエーション活動に参加していただくことが出来ます。 その場合材料費等の実費をいただきます。

◆複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、 複写物を必要とする場合には、1枚10円をご負担いただきます。

（３）利用料金のお支払方法

利用料金は月末に締め切り計算して翌月請求いたします。支払いは口座振替でお支払いください。

（４）利用の中止

◆利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただしご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額

6： 緊急時等の対応について

サービス提供を受けている時に体調の急変やその他、緊急事態が生じたときには、速やかに主治医等に連絡をする等の処置を講じます。

7：施設賠償保険の加入

当事業所は施設賠償保険に加入しております。

8：事故発生時の対応について

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、東三河広域連合、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償手続きを行います。

9：第三者評価の実施状況について

第三者評価は実施していません。

10：苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

花園ケアプラザデイサービス	苦情受付窓口	(担当者)	坂田 朋子
	職名	生活相談員	電話番号 (0532)55-0072
	受付時間	月から土曜日	9:00～17:00

(2) 行政機関その他苦情受け付け機関

東三河広域連合	介護保険課	電話0532(26)8471
愛知県国民保険団体連合会		電話052(971)4165

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(有)テルメディカケアアシスト
豊橋市花園町45番地の2
花園ケアプラザデイサービス

説明者 生活相談員 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅支援サービスの提供開始に同意いたしました。

利用者 住所

氏名 印

契約者の心身の状況により、記名、捺印が困難なため の代理署名を
が行いました。