

通所介護 重要事項説明書

<令和 4年 10月 1日現在>

あいり デイホーム が提供する居宅サービスについて、事前に説明すべき事項は次のとおりです。

また、相談窓口は管理者・生活相談員が担当します。

電話 052-509-5155（午前9時～午後18時まで）

1. 事業者

法人名	有限会社アット
法人所在地	愛知県名古屋市西区玉池町255番
電話番号	052-509-5115
代表者氏名 ①	代表取締役 舟木 律子
代表者氏名 ②	管理者 森迫 友美

2. 事業所の概要

事業所の種類	介護予防通所介護及び通所介護事業所 平成18年9月1日指定 事業所番号 2370401552
事業所の目的	利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
事業所の名称	あいり デイホーム
事業所の所在地	愛知県名古屋市西区玉池町217番
電話番号	052-509-5155
管理者氏名	森迫 友美
開設年月	平成18年9月1日
利用定員	40名（介護予防通所介護、通所介護利用者含む）

3. 事業実施地域及び営業時間

事業の実施地域	名古屋市西区、名古屋市北区、清須市、 北名古屋市、豊山町、春日町
営業日・営業時間	月～日曜日 毎日、午前9時30分～午後4時45分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して介護予防通所介護及び通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

	常 勤	非 常 勤	計
管理者	1名		1名
生活相談員	2名（2名兼務）	0名（0名兼務）	2名
看護職員	2名（2名兼務）	2名（2名兼務）	4名
介護職員	5名（3名兼務）	7名（3名兼務）	13名
機能訓練指導員	3名（2名兼務）	3名（3名兼務）	6名

5. 利用料 当事業所が提供するサービス

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。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
 (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合

があります。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合のサービス

提供サービスは、利用者の介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額を負担していただきます。

<サービスの概要>

- ①食事（居宅サービス計画において、食事の提供が位置付けられている方）
 - ・ 当施設では、担当栄養士のアセスメントによる、利用者の栄養状態、身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。（献立作成と調理員指導）
 - ・ 食費は、調理、材料及び調理機器の維持費用として、ご負担いただきます。
- ②入浴（居宅サービス計画において、入浴の提供が位置付けられている方）
 - ・ 入浴（介護浴）又は、特殊浴（寝たきりに準じる方）での入浴サービスを提供します。
- ③排泄
 - ・ ご利用者の排せつの介助を行います。
- ④運動機能の向上訓練、個別の機能訓練
 - ・ ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活に必要な運動機能の減退を防止するための訓練計画と実施及び向上評価をします。
- ⑤送迎サービス
 - ・ ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

<サービス利用料金 1回（要介護の方）あたり >

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（給付費の自己負担）をお支払い下さい。サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。原則として基本利用料の1割、2割又3割の額です。

通所介護の利用料

【基本部分】

サービスの内容 実施時間	基本利用料	利用者負担金		
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要介護1 7～8時間	6,995円	699円	1,399円	2,098円
要介護2 7～8時間	8,255円	825円	1,651円	2,476円
要介護3 7～8時間	9,569円	956円	1,913円	2,870円
要介護4 7～8時間	10,872円	1,087円	2,174円	3,261円
要介護5 7～8時間	12,196円	1,219円	2,439円	3,658円

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算額			
	基本利用料	1割	2割	3割
入浴介助加算Ⅰ	427円	42円	84円	128円
入浴介助加算Ⅱ	587円	58円	117円	176円
個別機能訓練加算Ⅰロ	907円	90円	181円	272円
個別機能訓練加算Ⅱ	213円	21円	42円	64円
生活機能向上連携加算Ⅱ2	1,068円	106円	213円	320円
口腔機能向上加算Ⅱ	1,708円	170円	341円	512円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	53円	5円	10円	15円
ADL維持等加算Ⅲ	32円	3円	6円	9円
若年性認知症利用者受入加算	640円	64円	128円	192円
科学的介護推進体制加算	427円	42円	85円	128円
介護職員処遇改善加算Ⅰ※	上記基本部分と各種加算減算の合計の5.9%			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ※	上記基本部分と各種加算減算の合計の1.0%			
介護職員等ベースアップ等支援加算※	上記基本部分と各種加算減算の合計の1.1%			

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合

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。(すべて消費税別)

	ご利用サービス実費料金
1日ご利用	800円/回
午前のみご利用(昼食あり)	600円/回
午後のみご利用(昼食無し・おやつあり)	200円/回

<ご利用サービスの概要と利用料金>

① 食費(食事の調理と材料の提供)

ご利用者に提供する食事の調理及び材料にかかる費用です。

- ・ 料金：1食あたり600円(お茶代等込み)

② サービス雑費(ご利用時にサービス提供にかかる費用です。)

- ・ 料金：1回のご利用あたり200円(おやつ代、教養娯楽費、タオル代等)

③ 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実費をご負担いただきます。

④ 利用サービスで必要となる日常生活品等の実費

日常生活品の購入代金等、ご利用者が通常の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるもの(おむつ等)にかかる費用を負担いただきます。

- ・ 尿パット代：50円/1枚
- ・ 紙おむつ代：100円/1枚
- ・ リハビリパンツ代：150円/1枚
- ・ ファイル代：100円/1冊
- ・ お洗濯代(ご要望の方、また汚染された方)100円/1回
- ・ 行事等特別な食事代：実費
- ・ 特別な教養娯楽費：(レクリエーション材料費等)

(3) キャンセル料

体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします(前日までの連絡が必要です)。当日にご利用をキャンセルされる場合は、食費として600円ご負担いただきます。

7. 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 岡崎信用金庫 小田井支店 普通口座 9018324
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び名古屋市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 052-509-5155 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	名古屋市西区役所(介護保険課)	電話番号 052-521-5311
	愛知県国民健康保険団体連合会	電話番号 052-971-4165

11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

12. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

13. 秘密の保持

担当職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ個人情報利用同意書により得ます。（個人情報保護法ガイドラインに基づく対応）

西暦 年 月 日

通所介護及び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。

事業所：愛知県名古屋市西区玉池町 217 番

事業者名 あいりデイホーム

説明者 _____ 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、介護予防通所介護及び通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者：住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人又は立会人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

個人情報利用同意書

私は（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるに当たって、担当職員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記（1）ほか、居宅介護支援事業所又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合
- (3) 現に介護予防、介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護予防及び介護サービス計画に掲載されている介護予防及び介護サービス事業所
- (2) 受託した居宅介護支援事業所
- (3) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）
- (4) 生命、身体保護に必要な場合（災害時の安否確認情報を行政に提供する場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

西暦 年 月 日

事業所名称 有限会社アット あいり デイホーム

利用者：住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人又は立会人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印