

通所介護重要事項説明書

当事業所が提供する通所介護サービスの内容に関し、あなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 デイサービスこの道の概要

事業所名	デイサービスこの道
所在地	葛飾区細田5-17-10
介護保険事業所番号	1372205581
管理者氏名	影山 拓巳
電話番号・FAX番号	電話 03-6657-8370 Fax 03-6657-8371
サービス提供地域	葛飾区・江戸川区一部

2 営業時間・サービス提供時間

営業時間	月曜日～土曜日 午前8時15分～午後6時00分 (祝日営業)
サービス提供時間	月曜日～土曜日 1単位 午前9時00分～午後5時00分
休日	日曜日、年末年始

3 職員体制

職種	資格	常勤	非常勤	計
管理者 (機能訓練指導員兼務)	柔道整復師	1名		1名
生活相談員 (介護職兼務)	社会福祉士	1名		1名
	介護福祉士		1名	1名
	社会福祉主事任用・介護福祉士	1名	1名	2名
看護師 (機能訓練指導員兼務)	正看護師	1名	1名	2名
	准看護師	1名		1名
機能訓練指導員	柔道整復師	1名		1名
	正看護師	1名	1名	2名
介護職	介護福祉士	2名	6名	8名
	ヘルパー養成講習修了者		1名	1名
運転介助員	無資格		2名	2名

4 センターの設備

定員	1日 25名
食堂兼機能訓練室	1室 77.436 m ²
浴室	一般浴槽・特殊浴槽
静養室	2室 4.73 m ² (2.365 m ² ×2)
相談室	1室 14.714 m ²
送迎車	2台

5 提供するサービス内容

- (1) 送迎 原則的にドア to ドア（各自宅前まで）送迎いたします。（道路事情により応相談）
- (2) 食事 利用者様と一緒に献立を考え、栄養バランスを考慮した食事を自炊します。
- (3) 入浴 在宅での入浴が困難な方に対し、一般浴やリフト浴を提供し、ゆったりと入浴を楽しんでいただけるよう努めます。
- (4) 機能訓練 残存機能の維持向上を目的とし、柔道整復師、看護師を中心として、介護職員・相談員が共同し、機能訓練及び日常生活リハビリを行ないます。
- (5) 日常活動 利用者の主体性を尊重し、要望に沿えるような活動を提供できるよう努めます。
- (6) 生活相談 生活・介護等に関する相談をお受けします。
- (7) 健康管理 サービス利用時に健康チェックを行います。そのほか健康相談もお受けします。

6 利用料金

(1) 通所介護費

8時間以上9時間未満

	1日あたりの利用料 10割	1日あたりの自己負担額 1割負担	1日あたりの自己負担額 2割負担	1日あたりの自己負担額 3割負担
要介護1	7,292円	730円	1,459円	2,188円
要介護2	8,621円	863円	1,725円	2,587円
要介護3	9,973円	998円	1,995円	2,992円
要介護4	11,346円	1,135円	2,270円	3,404円
要介護5	12,731円	1,274円	2,547円	3,820円

7 時間以上 8 時間未満

	1 日あたりの利用料 10 割	1 日あたりの自己負担額 1 割負担	1 日あたりの自己負担額 2 割負担	1 日あたりの自己負担額 3 割負担
要介護 1	7,172 円	718 円	1,435 円	2,152 円
要介護 2	8,469 円	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護 3	9,810 円	981 円	1,962 円	2,943 円
要介護 4	11,150 円	1,115 円	2,230 円	3,345 円
要介護 5	12,513 円	1,252 円	2,503 円	3,754 円

6 時間以上 7 時間未満

	1 日あたりの利用料 10 割	1 日あたりの自己負担額 1 割負担	1 日あたりの自己負担額 2 割負担	1 日あたりの自己負担額 3 割負担
要介護 1	6,365 円	637 円	1,273 円	1,910 円
要介護 2	7,510 円	751 円	1,502 円	2,253 円
要介護 3	8,676 円	868 円	1,736 円	2,603 円
要介護 4	9,820 円	982 円	1,964 円	2,946 円
要介護 5	10,987 円	1,099 円	2,198 円	3,297 円

5 時間以上 6 時間未満

	1 日あたりの利用料 10 割	1 日あたりの自己負担額 1 割負担	1 日あたりの自己負担額 2 割負担	1 日あたりの自己負担額 3 割負担
要介護 1	6,213 円	621 円	1,243 円	1,864 円
要介護 2	7,335 円	734 円	1,467 円	2,201 円
要介護 3	8,469 円	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護 4	9,592 円	960 円	1,919 円	2,878 円
要介護 5	10,725 円	1,073 円	2,145 円	3,218 円

4 時間以上 5 時間未満

	1 日あたりの利用料 10 割	1 日あたりの自己負担額 1 割負担	1 日あたりの自己負担額 2 割負担	1 日あたりの自己負担額 3 割負担
要介護 1	4,229 円	423 円	846 円	1,269 円
要介護 2	4,839 円	484 円	968 円	1,452 円
要介護 3	5,471 円	548 円	1,095 円	1,642 円
要介護 4	6,104 円	611 円	1,221 円	1,832 円
要介護 5	6,725 円	673 円	1,345 円	2,018 円

3 時間以上 4 時間未満

	1 日あたりの利用料 10 割	1 日あたりの自己負担額 1 割負担	1 日あたりの自己負担額 2 割負担	1 日あたりの自己負担額 3 割負担
要介護 1	4,033 円	404 円	807 円	1,210 円
要介護 2	4,610 円	461 円	922 円	1,383 円
要介護 3	5,221 円	523 円	1,045 円	1,567 円
要介護 4	5,809 円	581 円	1,162 円	1,743 円
要介護 5	6,409 円	641 円	1,282 円	1,923 円

【その他加算】

	1 日あたりの利用料 10 割	1 日あたりの自己負担額 1 割負担	1 日あたりの自己負担額 2 割負担	1 日あたりの自己負担額 3 割負担
入浴介助加算 I	436 円	44 円	88 円	131 円
機能訓練加算 I 1	610 円	61 円	122 円	183 円
機能訓練加算 I 2	828 円	83 円	166 円	249 円
機能訓練加算 II (1 月につき)	218 円	22 円	44 円	66 円
科学的介護推進体制 加算 (1 月につき)	436 円	44 円	88 円	131 円
ADL 維持等加算 I (1 月につき)	327 円	33 円	66 円	99 円
ADL 維持等加算 II (1 月につき)	654 円	66 円	131 円	197 円
サービス提供体制 強化加算 II	196 円	20 円	40 円	59 円

*介護職員処遇改善加算 I (基本料+上記加算料) に 9.2% (0.092) をかけた額

(2) 葛飾区総合事業 通所型サービス費 (5 時間以上)

	利用料 (10 割)	自己負担額 (1 割負担)	自己負担額 (2 割負担)	自己負担額 (3 割負担)
通所型サービス費 (1 回につき)	4,752 円	476 円	951 円	1,426 円
入浴加算 (1 回につき)	545 円	55 円	109 円	164 円
科学的介護推進体制加算(1 月につき)	436 円	44 円	88 円	131 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ				
要支援 1 (1 月につき)	523 円	53 円	105 円	157 円
要支援 2 (1 月につき)	1,046 円	105 円	210 円	314 円
処遇改善加算Ⅰ 1 (1 月につき)	1,907 円	191 円	381 円	572 円

(3) 実費

食事代・・・全額自己負担となります。1 食あたり 750 円 (内税)

おやつ代・・・1 日あたり 50 円 (内税)

衣類洗濯代・・・1 組 100 円

通常の実施地域を越えて 1 km につき 50 円

その他・・・おむつ代、行事・趣味活動にかかる費用は、自己負担となる場合があります。

7 サービス利用のキャンセル

(1) サービスの利用を中止する場合、速やかに下記連絡先までご連絡ください。

連絡先	電話
デイサービスこの道	03-6657-8370

(2) お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が必要です。

時 間	キャンセル料
ご利用日の前日午後 5 時までに連絡を頂いた場合	無料
ご利用日の当日に連絡を頂いた場合	利用者負担金の 100%

* 連絡が困難な場合 (体調不良などにより) は除きます。

* 前日が日曜日の場合は、土曜日の午後 5 時までとします。

8 料金の支払方法

毎月 10 日までに前月分の請求をいたしますので、同月 20 日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行いたします。お支払方法は原則、口座振替とさせていただきます。

やむを得ない場合は、現金払い・お振込みも可能です。

9 当事業所の運営方針

- (1) 一人ひとりの身体状態に気をつけ安全に 1 日を過ごしていただけるよう心がけます。
- (2) 一人ひとりに合わせたサービスを提供できるよう誠意を持って対応します。
- (3) 家族への支援を継続的に行い介護者の負担軽減となるよう援助します。
- (4) 誠意を持った対応により、地域の皆様に信頼される事業所作りに努めます。

10 緊急時の対応

事業者は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村へ報告し、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

緊急連絡先		
ご家族	氏名	(続柄)
	住所	
	電話番号	
主治医	病院名	
	主治医	
	住所	
	電話番号	

11 相談窓口、苦情窓口

当事業所が提供するサービスについての相談窓口・苦情窓口は下記の通です。

あなたは当事業所が提供するサービスについて、いつでも苦情を申し立てることができます。苦情を申し立てることにより何ら差別待遇を受けることはありません。

担当者	電話および FAX
影山 拓巳	電話 03-6657-8370 FAX03-6657-8371

公共機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

権利擁護センター かつしか	電話 03-5672-2833
葛飾区役所 介護保険課	電話 03-3695-1111
江戸川区役所 介護保険課	電話 03-3652-1151
東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部 介護相談窓口	電話 03-6238-0177

12 当事業所の概要

- (法人種別 名称) 有限会社 ライフステージ
(代表者役職 氏名) 代表取締役 金田 好正
(所在地) 東京都足立区千住3-7 平松 HM ビル201
(電話) 03-5813-2361
(当事業所の事業) 1.介護保険法による指定居宅介護支援事業
2.介護保険法による次に掲げる指定居宅サービス事業
訪問介護、通所介護

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところ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 使用する目的と範囲

行政機関、利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2 使用する期間

サービスを提供している期間

3 使用条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者にも漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

4 特記事項

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

[住所] 東京都足立区千住3丁目7番地 平松ビル201

[事業者名] 有限会社 ライフステージ

デイサービスこの道

[代表者名] 金田 好正 印

説明者

[所属] デイサービス この道

[氏名] 印

私は、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、これに同意し、契約書の交付を受けました。また、個人情報使用同意についても同意書記載範囲内で使用することに同意します。

利用者

[住所] _____

[氏名] _____ 印

代理人

[住所] _____

[氏名] _____ 印

家族

[住所] _____

[氏名] _____ 印