

通所介護・日常生活支援総合事業

重 要 事 項 説 明 書

ミノワ居宅介護支援センター

通所介護・介護予防通所介護 重要事項説明書

1 事業所の名称等

法人名 社会福祉法人 愛川舜寿会
事業所名 ミノワ居宅介護支援センター
所在地 神奈川県愛甲郡愛川町角田140-3
事業所番号 1471600013
併設サービス 介護老人福祉施設、短期入所生活介護(予防)、居宅支援

2 従業者の体制

(1) 管理者 1名(常勤兼務)

管理者は、従業者の管理及び業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとする。

(2) 生活相談員等 生活相談員 1名(常勤兼務)
介護職員 11名(常勤兼務4名、非常勤兼務7名)
看護職員 3名(非常勤兼務)
機能訓練指導員 2名(非常勤兼務)
運転手 2名(非常勤兼務)

生活相談員等は、介護の円滑な相談や調整、提供に当たる。

3 サービスの内容

(1) 「通所介護・介護予防通所介護」は、入浴及び食事の提供(これらに伴う介護を含む)、生活等に関する相談、助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、自宅までの送迎並びに機能訓練を行うサービスです。

(2) 事業者は、1の事業所によりサービスを提供します。

(3) サービス提供にあたっては、「通所介護計画書又は介護予防通所介護計画書」に沿って計画的に提供します。

4 サービス提供の記録表

(1) サービス提供をした際には、あらかじめ定めた「個別ケース記録」等の書面に必要事項を記入します。

(2) 事業者は、前記「個別ケース記録」を作成し、サービス提供完結から5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じ閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

5 利用者負担金

(1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、別項P7からP10の料金表の通りです。

(2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です(※又は、介護保険の法定利用料の範囲内で当施設が設定した金額です)。

(3) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

(4) 利用者負担金は、毎月２７日にご指定の金融機関の口座から引き落としさせていただきます。

6 キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする場合には、すみやかにご連絡ください。

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、食費を含み、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください（但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。

(3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 期	キ ャ ン セ ル 料	備 考
サービス利用日の前日まで	無 料	午 後 5 時 3 0 分
サービス利用日の当日	利用者負担金の 1 0 0 %	(介護予防は食費のみ)

7 営業日・サービス提供時間帯

営業日 月曜日～土曜日（祝祭日も営業）

営業時間 午前８時３０～午後５時３０分

休業日 日曜日、１／１～１／３

サービス提供時間 午前９時３０分～午後４時３０分（送迎時間は含みません）

単位数・定員 １単位・３５名

8 事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、愛川町、相模原市緑区田名及び厚本市上依知、棚沢、下川入とする。

9 相談・苦情窓口

提供したサービスについて、ご相談や苦情に迅速かつ適切に対応するため事業所に相談窓口を置き、市町村等の調査に協力し、指導または助言があった場合はすみやかに改善するものとする。

事業所	ミノワ居宅介護支援センター	相談窓口	046-285-3535
市町村	愛川町役場 高齢介護課		
		介護保険班	046-285-2111
国保連	神奈川県国保連介護保険課	苦情専用	0570-022110
			045-329-3447

10 緊急時の対応

指定通所介護の実施中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、すみやかに家族に連絡し、その状態に応じて主治医または協力医療機関等への連絡を行うとともに、管理者に報告するものとする。

協力医療機関 愛川北部病院 046-284-2121

11 秘密の保持

- (1) 事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) 事業者は、利用者及びその家族の同意を得た場合には、居宅介護支援事業者等との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

12 事故発生時の対応

- (1) 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、速やかに市町村、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ずる。
- (2) 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して執った処置について記録し、その完結の日から5年間保存する。
- (3) 事業者は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。

13 非常災害対策

非常災害に備えるため、別に定める消防計画に基づき、定期的に避難訓練等を実施する。

14 衛生管理

- (1) 指定通所介護に使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒等を施す等、常に衛生管理に十分留意するものとする。
- (2) 従業者等は、感染症等に関する知識の習得に努める。

15 従業者の研修

従業者の資質向上のため、研修の機会を提供する。

16 通所介護料金表

○保険内料金表

通常規模型事業所

地域区分

5級地 1単位 : 10.45円

利用者負担割合

「介護保険負担割合証」記載の負担割合による。(保険者発行)

(1日当たり単位数)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上8時間未満 (基本サービス時間)	658単位	777単位	900単位	1,023単位	1,148単位
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(全利用者) 1回/ 6単位				
入浴介助加算(Ⅰ)	(該当者) 1日/ 40単位				
若年性認知症利用者受入加算	(該当者) 1日/ 60単位				
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ(水・金)	(該当者) 1日/ 56単位				
口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回限度)	(該当者) 1回/ 150単位				
認知症加算	(該当者) 1日/ 60単位				
中重度ケア体制加算	(全利用者) 1日/ 45単位				
科学的介護推進体制加算	(全利用者) 1月/ 40単位				
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) (全利用者)	介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算) ×サービス別加算率(9.0%)<1単位未満の端数四捨五入>×10.45 ※介護職員等処遇改善加算の利用者負担額は、 上記額-(上記額×0.9、0.8又は0.7(1円未満切り捨て))				
時間延長サービス加算 (該当者)	1時間未満 50単位 2時間未満 100単位				

○保険外料金表

①食費…食材費（おやつ代含む）、調理費		9 5 0 円
②延長時食費（夕食分）		6 5 0 円
③紙オムツ等（持ち込み原則）	紙オムツ	1 0 0 円
	紙パンツ	1 5 0 円
	尿取りパット	5 0 円
④特別な活動等の材料費（前もって連絡します）	実 費	
⑤営業時間以外の延長	3 0 分／	4 0 0 円
⑥包帯、ガーゼ等	実 費	
⑦通常の事業の実施地域以外の地域の利用者の送迎費用	実 費	
⑧特別な食事等(利用者の好みによる外食、行事食等)	実 費	

○保険外（サービス対象外）料金表

①理容代	予約制	実 費
②写真（サービスサイズ）	1 枚／	4 0 円
③利用請求引き落とし手数料		1 1 0 円

※爪切りは、やむを得ない場合のみ看護師が行いますがご家族対応を原則とさせていただきます。

※保険内・保険外・保険外(サービス対象外)以外に料金がかかる場合には事前にご連絡致します。

17 介護予防通所介護・日常生活支援総合事業料金表

○保険内料金表（1月につき）

地域区分 5級地 1単位：10.45円

利用者負担割合 「介護保険負担割合証」記載の負担割合による。（保険者発行）

	要支援1・日常生活支援 総合事業対象者	要支援2 (但し、週1回利用者)
7時間以上8時間未満 (基本サービス時間)	1,798単位	3,621単位 (1,798単位)
サービス提供体制 強化加算(Ⅲ) (全利用者)	24 単位	48 単位
運動器機能向上加算	(該当者)	225 単位
口腔機能向上加算	(該当者)	150 単位
生活機能向上 グループ活動加算	(運動器・口腔機能向上加算 以外の者)	100 単位
若年性認知症 利用者受入加算	(該当者)	240 単位
科学的介護推進体制加算	(全利用者)	40 単位
介護職員 処遇改善加算(Ⅱ) (全利用者)	介護報酬総単位数(基本サービス費＋各種加算減算) $\times$ サービス別加算率(9.0%) < 1 単位未満の端数四捨五入 > $\times$ 10.45 ※介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、 上記額－(上記額 $\times$ 0.9、0.8又は0.7(1円未満切り捨て))	

※選択的サービス複数実施加算(1)が算定可能な場合は、480単位/月を算定。

その際は、運動器機能向上、口腔機能向上加算については算定しない。

○保険外料金表（１回につき）

①食費…食材費（おやつ代含む）、調理費		950円
②延長時食費（夕食分）		650円
③紙オムツ等（持ち込み原則）	1枚につき	紙オムツ 100円
		紙パンツ 150円
		尿取りパット 50円
④特別な活動等の材料費（前もって連絡します）		実 費
⑤営業時間以外の延長	30分／	400円
⑥包帯、ガーゼ等		実 費
⑦通常の事業の実施地域以外の地域の利用者の送迎費用		実 費
⑧特別な食事等(利用者の好みによる外食、行事食等)		実 費

○保険外（サービス対象外）料金表

①理容代	予約制	実 費
②写真(サービスサイズ)	1枚／	40円
③利用請求引き落とし手数料		110円

※爪切りは、やむを得ない場合のみ看護師が行いますがご家族対応を原則とさせていただきます。

※保険内・保険外・保険外(サービス対象外)以外に料金がかかる場合には事前にご連絡致します。

※なお、ご利用料金につきましては、20日頃に前月分をご請求致します。口座振替にて毎月27日に引き落としをさせていただきます。