

仁愛ケアサポート

通所介護サービス内容・通所型介護予防給付相当サービス内容

重要事項説明書

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1. 提供するサービス

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ サービスの提供にあたっては、常にあなたの病状、心身の状況及び置かれている環境を把握し、適切なサービスを提供するように致します。特に、認知症の状態にある方については、必要に応じ、その特性に対応したサービスを提供できる体制を整えます。

I. 当事業所で選択いただける通所介護サービスの種類

サービス名	サービスの内容	サービス実施職員
個別機能訓練	運動器機能向上に係る個別計画作成、サービス実施、定期的な評価と計画の見直し	理学療法士等
入浴支援	利用者様の残存機能を活かしながら着脱・洗身・洗髪の見守り介助を行います。	介護職員等
送迎支援	送り迎えを行います。	介護職員等

II. 当事業所で選択いただける通所型介護予防給付相当サービスの種類

サービス名	サービスの内容	サービス実施職員
運動器機能の向上	運動器機能向上に係る個別計画作成、サービス実施、定期的な評価と計画の見直し	理学療法士等
口腔機能の向上	口腔機能の低下している方および恐れのある方への口腔機能改善計画、サービス実施、定期的な評価と計画の見直し	看護師
送迎支援	送り迎えを行います。	介護職員等

※基本的に予防給付サービス相当には、入浴サービスはありませんが、希望があればご相談に応じます。

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	仁愛ケアサポート
指定番号	1 8 7 0 1 0 1 6 8 8
所在地	福井県福井市乾徳4丁目4番7号
電話番号	0 7 7 6 - 2 8 - 1 0 0 0

3. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日（日曜日、1/1～1/3 は休業日）
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	8時30分～16時30分

※祝日・土曜日、リハビリはお休みです。

4. 利用料

通所介護サービス・通所型介護予防給付相当サービスの利用単位ごとの利用料はサービス利用票別表を参照下さい。

- ① 契約者のご利用になるサービスが、介護保険の適用を受ける場合、負担割合証に応じて、利用料の1割～3割をお支払いいただきます。
- ② 提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
 - ・食費（おやつ含む） 実費 660円／食です。
 - ・おむつ代 実費30円、120円／枚です。
 - ・その他の日常生活費 任意の行事等への参加の際に、その費用を負担していただきます。（但し、その実費相当額の範囲内）
- ③ 当事業所では、あなたに対し、毎月10日頃までに、サービスの提供日、当月の利用料等を記載した請求書を送付します。
- ④ 毎月の利用料は、翌月末日までにお支払いください。
- ⑤ 但し、保険料の滞納等により、法定代理受領が出来なくなった場合1ヶ月につき要介護度に応じ料金を頂く場合があります。

1. 通所介護サービスにおけるおおまかな料金は次の通りです。（一日当たり）

時間枠 介護度	2～3時間	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間
要介護1	271単位/日	370単位/日	388単位/日	570単位/日	584単位/日	658単位/日
要介護2	311単位/日	423単位/日	444単位/日	673単位/日	689単位/日	777単位/日
要介護3	351単位/日	479単位/日	502単位/日	777単位/日	796単位/日	900単位/日
要介護4	392単位/日	533単位/日	560単位/日	880単位/日	901単位/日	1024単位/日
要介護5	432単位/日	588単位/日	617単位/日	948単位/日	1008単位/日	1148単位/日

加算	料金
入浴介助加算Ⅰ	40単位/日
入浴介助加算Ⅱ	55単位/日
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56単位/日
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76単位/日
個別機能訓練加算Ⅱ	20単位/月
科学的介護推進加算	40単位/月
サービス提供体制加算Ⅰ	22単位/日

- ※ 事業所が送迎を行わない場合、所定単位数から片道につき 47 単位が減算されます（利用者様が自ら通う場合や家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合）。
- ※ 上記に加え、介護職員処遇改善加算Ⅰ（所定単位数×0.092）が加算されます。
また、介護報酬 1 単位当たりの単価は 10.14 円になります。
- ※ 「介護保険負担割合証」に記載のある負担割合に応じた金額を負担して頂くこととなります。
- ※ 利用休みの御連絡は当日 8:10 までをお願いします。8:10 を越えて御連絡頂いた場合については、食事のキャンセル料（660 円）が発生します。
- ※ 機能訓練加算については、機能訓練指導員の配置がない日に関して加算の算定はありません。

2. 通所型介護予防給付相当サービスのおけるおおまかな利用料金は次の通りです。（1 ヶ月あたり）

介護度	料金	サービス提供体制加算Ⅰ	栄養スクリーニング加算	科学的介護推進加算
要支援 1 相当 （月 5 回上限）	436 単位/回 1,798 単位/月	88 単位/月	5 単位/回	40 単位/月
要支援 2 相当 （月 9 回上限）	447 単位/回 3,621 単位/月	176 単位/月		

- ※ 上記に加え、介護職員処遇改善加算Ⅰ（所定単位数×0.092）が加算されます。
また、介護報酬 1 単位当たりの単価は 10.14 円です。
- ※ 利用休みの御連絡は当日 8:10 までをお願いします。8:10 を越えて御連絡頂いた場合については、食事のキャンセル料（660 円）が発生します。

5. 施設概要

	(2F)	(1F)
部屋名	面積	面積
食堂・機能訓練室	141.1 m ²	120 m ²
静養室	26.9 m ²	6 m ²
相談室	7.2 m ²	6 m ²

6. 職員の勤務体制

職種	員数	勤務時間帯
生活相談員	1	8:30～17:30(常勤)
機能訓練指導員	3	8:30～17:30(常勤)
看護職員	1	8:30～16:30(非常勤)
	1	8:30～17:30(常勤)
	1	13:30～16:30(非常勤)
介護職員	8	8:30～17:30(常勤)
	2	8:30～17:30(非常勤)
	1	9:00～13:00(非常勤)
	1	9:00～12:00(非常勤)

7. 加入している損害賠償責任保険

保険会社	東京海上日動火災		
保険種類	賠償責任保険		
保険金額	対人賠償	1 事故1億円	
	対物賠償	1 事故 1 千万円	

8. 相談、苦情処理

サービスに関する相談や苦情については下記の通り対応を行います。

① 窓口

相談受付時間	8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0 (日曜、1/1～1/3 は除く)		
場 所	相談室		
担 当 者	管理者：森廣 孝紀		
電話番号	0776-28-1000		

②処理・対応について

・利用者本人、家族、関係者からサービス内容について相談や苦情があった場合、まず事実確認を行い、管理者に報告します。さらに対応方針を検討した後、必要であればケアプランの変更を実施します。

また、相談、苦情内容が他事業者の場合、責任者に報告、対応を要請します。

当事業所に対応困難な場合は、県・市町村又は国保連合体に苦情申請書を相談者に提出していただきます。

福井県長寿福祉課	ご利用時間	平日	午前8時30分～午後5時30分
	ご利用方法	電話	0776-20-0330
		面接	福井市大手3-17-1
福井市介護保険課	ご利用時間	平日	午前8時30分～午後5時30分
	ご利用方法	電話	0776-20-5715
		面接	福井市大手3-10-1
国民健康保険団体連合会介護保険課	ご利用時間	平日	午前8時30分～午後5時30分
	ご利用方法	電話	0776-57-1614
		面接	福井市西開発4-202-1 福井県自治会館4階

9. 非常災害対策

① 事故発生時の対応

事故が発生した場合、速やかに管理者に報告し必要に応じた対応を行うとともに、利用者家族及び居宅支援事業所及び県・市町村への報告を行います。

② 避難・救出等必要な訓練の実施について

仁愛のサービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は日常的に具体的な対策方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。

※なお、事業計画ならびに財務内容を閲覧されたい場合は、当社本店（福井市乾徳 4-5-5）にていつでも閲覧が可能です。

また、ケア内容やケア計画等のサービス提供記録についても閲覧が可能です。

但し、この場合手数料が発生いたします。

附則 この規程は令和6年11月1日から施行とする。

令和 年 月 日

仁愛ケアサポートのサービス提供に関して、サービス内容及び重要事項について説明をしました。

住 所 〒910-0021 福井県福井市乾徳4丁目4番7号

事業所名 仁愛ケアサポート

管理者 森廣 孝紀 印

説明者 印

私は上記の者から仁愛ケアサポートのサービス提供に関して、サービス内容及び重要事項について説明を受け同意しました。

利用者 住所

氏名 印

（署名代行） 氏名 印

本人との関係