

せいりょう園 デイサービス利用のしおり

(指定通所介護重要事項説明書)

せいりょう園デイサービスセンター

介護保険事業所番号 2872200478

1 通所介護の方針及び内容

通所介護事業を実施するに当たっては、要援護高齢者が一個の社会人として、本人固有の社会関係を維持継続しながら自宅で生活できるように、本人と家族の意向を尊重し、その生活環境や人間関係に配慮しながら健康状態も踏まえて介護計画を立て、日常生活上の世話と機能訓練を実施します。介護に当たっては、利用者を尊敬し尊重し、その人らしい生活を支える事を第一に考えて、懇切丁寧に行います。利用に際しては、健康診断書を提出していただき、健康状態の把握に努めます。

- ① 介護内容・・・一般浴槽の入浴介助、特別浴槽の入浴介助、食事提供、食事介助、排泄介助、健康チェック、機能訓練、レクリエーション、生活相談、介護相談、介護指導、認知症介護、送迎。
- ② 介護計画・・・利用者の要介護状態の軽減・悪化の防止または予防を目指し、利用者毎に通所介護計画を作成して、必要な援助を行います。
- ③ 説明・・・利用者とその家族に、提供するサービスの内容や方法を分かりやすく説明します。
- ④ 自己評価・・・常に適切な介護技術をもってサービスの提供に当たる為、自らサービスの質の評価と改善を行い、職員の資質の向上に努めます。

2 職員の職種

- ① 生活相談員
- ② 看護師
- ③ 介護員
- ④ 機能訓練指導員
- ⑤ 運転手

3 利用定員及び営業日、営業時間

(1) 以下の2単位を営業します。

①定員20名：月曜日～金曜日（祝日を含む）の午前9時～午後5時

重度の要介護者や認知症の人、入浴希望の方を中心として、介護の必要性の高い利用者にサービスを提供します。

②定員10名：土曜日と日曜日の午前9時～午後5時

重度の要介護者や認知症の人、入浴希望の方を中心として、介護の必要性の高い利用者に土曜日と日曜日にサービスを提供します。

(2) また、送迎を伴わない利用の希望については、対応可能な範囲で年間を通じて毎日、午前8時以前、午後6時以降もご利用していただきます。

午前8時以前、午後6時以降については、別途に費用を戴きます。

4 事業実施地域

通常の事業実施地域は、加古川市・高砂市・加古郡とします

5 緊急時等の対応

通所時に急変・事故等が発生した場合、緊急に必要な手当を講ずると共に状況に応じて① 主治医に連絡して必要な指示を求めます。

② 利用者の家族、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター等に連絡し

③ 市町村、警察、消防署に連絡します。

6 利用料

(1) 通常規模通所介護費・・・保険適用の場合「別紙1」のとおり負担していただきます。なお、介護報酬の改定があった場合は、その都度負担額を変更いたします。

(2) その他の費用

①ケアプランにおいて昼食を予定されている方は、食費として1日660円をいただきます。

②加古川市・高砂市・加古郡以外の地域への送迎については、片道220円をいただきます。

③保険の限度額以上に利用される場合には、保険基準額を実費でいただきます。

④おむつ・衣類等、日常の生活用品については、持参していただくか、自費で購入していただきます。（おむつ代200円）

⑤個別に希望する趣味活動に要する材料等は、自費で購入していただきます。

⑥お休みになる場合は、前日までに連絡してください。取り消し料は戴きません。当日での取り消しは、原則として保険基準額の半額をいただきます。ただし、やむを得ぬ理由の場合は、ご相談の上配慮いたします。

(3) 介護保険が適用されない時は、保険基準額を実費でお支払いいただきます。

(4) 費用の支払いは、月毎に発行する請求書により、翌月の10日までに現金支払いか郵便引落し（毎月15日）によりお願いします。

7 解約並びに苦情の申立

(1) 利用者は7日間以上の予告期間をおいて、いつでも契約を解除できます。

(2) サービスについて苦情がある場合は、当法人の介護相談室にお申し出下さい。

迅速に処理いたします。TEL (079) 424-3433

また、下記の苦情処理機関に申し立てができます。

加古川市介護保険課 TEL (079) 427-9124

加古川市高齢者・地域福祉課 TEL (079) 427-7928

(加古川市加古川町北在家2000加古川市役所内)

兵庫県国民健康保険団体連合会 TEL (079) 332-5617

(神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号センタープラザ内)

兵庫県監査指導課 TEL (079) 421-9108

(加古川市加古川町天神木97-1加古川総合庁舎内)

せいりょう園
デイサービス利用受付票

令和 年 月 日

「せいりょう園デイサービス利用のしおり」について説明を受け、事業者がサービス担当者会議等において個人の情報提供を行う場合もありうる事について同意し、利用を申し込みます。

利用者 住所 _____
氏名 _____ (印)

代筆者 住所 _____
氏名 _____ (印)

立会人 住所 _____
氏名 _____ (印)

上記利用者に対し、別添「せいりょう園デイサービス利用のしおり」及びケアプランについて説明し、事業概要やサービス内容を確認の上、サービスの開始に同意を得たので、利用を受け付けます。

利用開始予定日 令和 年 月 日

介護保険事業所番号 2872200478

せいりょう園デイサービスセンター

管理者 福井 哲史

説明者の職 生活相談員 _____
氏名 中野 恵 _____ (印)

「別紙1」

利用料一覧表

通所介護費・・・保険適用の場合、利用者負担額は費用総額から保険給付額を差し引いた額となります。（1単位＝10.14円）

① 2時間以上3時間未満

要介護1	272単位	2,758円	(276円)
要介護2	311単位	3,154円	(316円)
要介護3	351単位	3,559円	(356円)
要介護4	392単位	3,975円	(398円)
要介護5	432単位	4,380円	(438円)

② 3時間以上4時間未満

要介護1	370単位	3,751円	(376円)
要介護2	423単位	4,288円	(429円)
要介護3	479単位	4,856円	(486円)
要介護4	533単位	5,404円	(541円)
要介護5	588単位	5,962円	(596円)

③ 4時間以上5時間未満

要介護1	388単位	3,934円	(393円)
要介護2	444単位	4,525円	(452円)
要介護3	502単位	5,090円	(509円)
要介護4	560単位	5,678円	(567円)
要介護5	617単位	6,256円	(625円)

④ 5時間以上6時間未満

要介護1	570単位	5,780円	(578円)
要介護2	673単位	6,824円	(682円)
要介護3	777単位	7,878円	(787円)

要介護4 880単位 8,923円(892円)

要介護5 984単位 9,977円(997円)

⑤ 6時間以上7時間未満

要介護1 584単位 5,921円(592円)

要介護2 689単位 6,986円(698円)

要介護3 796単位 8,071円(807円)

要介護4 901単位 9,136円(913円)

要介護5 1,008単位 10,221円(1,022円)

⑥ 7時間以上8時間未満

要介護1 658単位 6,672円(667円)

要介護2 777単位 7,878円(787円)

要介護3 900単位 9,126円(912円)

要介護4 1,023単位 10,373円(1,037円)

要介護5 1,148単位 11,640円(1,164円)

⑦ 8時間以上9時間未満

要介護1 669単位 6,783円(678円)

要介護2 791単位 8,020円(802円)

要介護3 915単位 9,278円(927円)

要介護4 1,041単位 10,555円(1,054円)

要介護5 1,168単位 11,843円(1,183円)

⑧延長加算 9時間以上10時間未満は 50単位 507円(51円)

10時間以上11時間未満は100単位 1,014円(102円)

11時間以上12時間未満は150単位 1,521円(153円)

12時間以上13時間未満は200単位 2,028円(203円)

13時間以上14時間未満は250単位 2,535円(254円)

を加算します。(延長についての送迎はありません)

⑨入浴介助加算としてⅠ-40単位 405円(41円)またはⅡ-55単位 557円(56円)をいただきます。

- ⑩個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービスを提供した場合は、
体制に基づき Iイ－56単位 568円（57円）
Iロ－76単位 770円（76円）の何れかを加算します。
- ⑪サービス提供体制強化加算として、体制に基づき
（支給限度額管理の対象外）
I－1回につき22単位 223円（23円）
II－1回につき18単位 182円（19円）
III－1回につき 6単位 60円（6円）のいずれかを加算します。
- ⑫若年性認知症の場合には、60単位 608円（61円）を加算します。
- ⑬送迎を行わない場合は、片道につき47単位476円（48円）を減算しま
す。
- ⑭口腔・栄養スクリーニング加算として6月に1回を限度として
I－20単位202円（21円）
II－ 5単位 50円（ 5円） のいずれかを加算します。
- ⑮科学的介護推進体制加算として1月に40単位405円（41円）加算しま
す。
- ⑯介護職員処遇改善加算として、①～⑮で算定した合計単位数に9.2%を加
算します。（支給限度額管理の対象外）

「別紙1」

利用料一覧・・・保険適用の場合、利用者負担額は費用総額から保険給付額を差し引いた額となります。(1単位=10.14円)

(1) 要支援1 (週1回程度) 月4回を超える場合

月額 1,798単位 18,231円 (1,822円)

要支援1 (週1回程度) 月4回まで

1回につき436単位 3,979円 (398円)

① 送迎・入浴を伴う利用は、週1回を原則とします。

② 送迎・入浴を必要としない場合には、介護予防ケアプランに添って、定員と営業時間の範囲内で毎日でもご利用できます。

(2) 要支援2 (週2回程度) 月8回を超える場合

月額 3,621単位 36,716円 (3,671円)

支援2 (週1回程度) 月8回まで

1回につき447単位 4,532円 (453円)

① 送迎・入浴を伴う利用は、週2回を原則とします。

② 送迎・入浴を必要としない場合には、介護予防ケアプランに添って、定員と営業時間の範囲内で毎日でもご利用できます。

(3) 生活機能向上グループ活動加算 月額 100単位 1,014円 (102円)

(4) 若年性認知症利用者受入加算 月額 240単位 2,433円 (244円)

(5) サービス提供体制強化加算として、体制に基づき

I-要支援1 月額 88単位 892円 (90円)

要支援2 月額 176単位 1,784円 (179円)

II-要支援1 月額 72単位 730円 (73円)

要支援2 月額 144単位 1,460円 (146円)

III-要支援1 月額 24単位 243円 (25円)

要支援2 月額 48単位 486円 (49円)

のいずれかを加算します。

(6) 科学的介護推進体制加算として1月40単位405円 (41円) 加算します。

(7) 介護職員処遇改善加算として(1)～(5)で算定した合計単位数の1000分の92を加算します。

(支給限度額管理の対象外)

(8) その他の費用

① 昼食を必要とされる場合、660円を頂きます。

② 加古川市・高砂市・加古郡以外の地域への送迎については、片道220円を頂きます。

③ 個別に希望する趣味活動に要する材料等は、自費でご購入下さい。

(9) 費用の支払いは、月毎に発行する請求書により、翌月の10日までに郵便引落し(毎月15日)または銀行振り込みによりお願いします。