

通所介護・介護予防通所介護相当サービス
「デイサービスセンター絆」

重要事項説明書

愛知県指定 第2375700719号
知多北部広域連合指定 第2375700719号

特定非営利活動法人 絆

愛知県知多郡東浦町大字緒川字北赤坂35番地の1

TEL 0562-83-7563

FAX 0562-83-7518

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	特定非営利活動法人 絆
事務所の所在地	愛知県知多郡東浦町大字緒川字北赤坂32番地の2
代表者名	代表理事 山崎紀恵子
電話番号	0562-83-7563
設立年月日	平成13年8月8日

2. 事業所概要

事業所の名称	デイサービスセンター 絆
事業所の種類	通所介護、第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）
指定年月日	通所介護 平成13年8月31日 第1号通所事業 平成30年4月 1日
指定番号	通所介護 第2375700719号 第1号通所事業 第2375700719号
所在地	愛知県知多郡東浦町大字緒川字北赤坂35番地の1
電話番号	0562-83-7563

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	介護保険法令に従い、ご利用者がその有する能力に応じ、健康で楽しい生活を送ることができるように支援することを目的として、通所介護サービス及び第1号通所事業サービスを提供します。
運営の方針	要介護者（第1号通所事業にあつては要支援者及び事業対象者）の心身の特性をふまえて、その有する能力に応じた過ごし方を考え、健康チェック、食事、入浴、排泄等の介助、レクリエーションの提供等を行います。また援助にあたっては、関係市町、知多北部広域連合、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスとの密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

4. 事業所の職員体制

職種	勤務体制 及び 員数
管理者	1名（常勤職員）
生活相談員	1名以上（常勤換算）
看護職員	1名以上
機能訓練指導員	1名以上
介護職員	3名以上（常勤換算）

5. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日（ただし、8月13日から8月15日及び12月29日から1月3日までを除く。）
営業時間	午前 9時～午後5時
サービス提供時間	午前10時～午後3時30分

6. 利用料金

あなたがお支払いいただく「利用料金」は、原則として①と②の合計単位数に10.14を乗じ、負担割合証に記載された負担割合を乗じた金額と③の合計金額となります。（生活保護受給者は、軽減措置があります。）また、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。（以下、記載の負担額は目安です。）

① 通所介護の利用料金

(1) 基本料金

	単位数	負担額 1割	負担額 2割	負担額 3割
要介護1	570 単位/日	578 円	1,156 円	1,734 円
要介護2	673 単位/日	683 円	1,365 円	2,048 円
要介護3	777 単位/日	788 円	1,576 円	2,364 円
要介護4	880 単位/日	893 円	1,785 円	2,677 円
要介護5	984 単位/日	998 円	1,996 円	2,994 円

(2) 加算料金

	単位数	負担額 1割	負担額 2割	負担額 3割
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位/日	23 円	45 円	67 円
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/日	41 円	81 円	122 円
入浴介助加算（Ⅱ）	55 単位/日	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56 単位/日	57 円	114 円	171 円
若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日	61 円	122 円	183 円
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じた場合	(1) 基本料金の負担額の3%の額			

(3) 介護職員等処遇改善加算Ⅰ

上記、(1)～(2)までの、当該月負担額に9.2%乗じた額

上記①の金額は、介護報酬の告示上の額であり、これが改定された場合は、これら金額も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい金額を書面でお知らせします。

② 介護予防通所介護相当サービスの利用料金（月額制）

(1) 基本料金

	単位数	負担額 1割	負担額 2割	負担額 3割
要支援1及び週1回程度利用する事業対象者の方	1,798 単位/月	1,824 円	3,647 円	5,470 円
要支援2及び週2回程度利用する事業対象者の方	3,621 単位/月	3,672 円	7,344 円	11,015 円

(2) 加算料金

	単位数	負担額 1割	負担額 2割	負担額 3割
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援1及び週1回程度利用する 事業対象者の方	88単位／月	90円	179円	268円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援2及び週2回程度利用する 事業対象者の方	176単位／月	179円	357円	536円
生活機能向上グループ加算	100単位／月	102円	203円	305円
若年性認知症利用者受入加算	240単位／月	244円	487円	730円

(3) 介護職員等処遇改善加算Ⅰ

上記、(1)～(2)までの、当該月負担額に9.2%乗じた額

上記②の金額は、知多北部広域連合の定める金額であり、これが改定された場合は、これら金額も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい金額を書面でお知らせします。

③ その他の利用料

(1) 食事代（おやつ代込み）1日につき700円（税込）

(2) オムツ、パッド代

おむつ代 1枚につき100円（税込）

尿取りパッド代 1枚につき 50円（税込）

(3) キャンセル料（通所介護のみ）

サービス利用当日の朝9：00までに事務所へキャンセルの連絡がない場合又は送迎車出発後のキャンセルは、1日につき500円＋消費税

(4) サービス提供時間外の利用料金

利用者の希望によりサービス提供時間を超えて行った事業の費用は、30分につき800円＋消費税

(5) 東浦町を超えて行う送迎の費用

送迎1回につき200円＋消費税

(6) 日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担すべき費用は、実費をご請求いたします。

7. 苦情申立窓口

当事業所	知多郡東浦町大字緒川字北赤坂35番地の1 担当：村瀬文康 電話番号 0562-83-7563 FAX番号 0562-83-7518 受付日時 月曜日～金曜日 9:00～17:00
東浦町役場 ふくし課	知多郡東浦町大字緒川字政所20番地 電話番号 0562-83-3111 FAX番号 0562-83-9756
知多北部広域連合	東海市荒尾町西廻間2番地の1 東海市しあわせ村内 電話番号 052-689-2263 FAX番号 052-689-2265
愛知県国民健康保険 団体連合会介護保険室	名古屋市東区泉1丁目6番地5号 電話番号 052-971-4165 FAX番号 052-962-8870

8. 利用料金の支払方法

利用料金は、1ヵ月ごとに計算し、ご請求しますので、自動引落に関しては翌月25日まで、お振込みや現金支払いに関しては翌々月の10日までにお支払ください。

① 金融機関口座からの自動引落

ご利用できる金融機関

1. 郵便局 2. あいち知多農業協同組合 3. 知多信用金庫

② 下記口座への振り込み

- | | |
|----------------|-----------------------------|
| 1. 郵便局 | 00880-7-47632 |
| 2. あいち知多農業協同組合 | 森岡支店 普通 0089225 |
| 3. 知多信用金庫 | 緒川支店 普通 0335327 |
| 4. UFJ銀行 | 大府支店 普通 4550369 |
| 5. 楽天銀行 | 第二営業支店 普通 7802582 |

③ 事務所の窓口への現金支払い

大規模地震発生時に備え、可能な限りできるだけ多く緊急連絡先をお聞きしております。
ご協力の程、お願い申し上げます。

利用者 緊急連絡先 2	ふりがな	
	氏 名	
	続 柄	
	住 所	
	電話番号（自宅）	
	電話番号（携帯）	
	職場等電話番号	名称： 番号：

利用者 緊急連絡先 3	ふりがな	
	氏 名	
	続 柄	
	住 所	
	電話番号（自宅）	
	電話番号（携帯）	
	職場等電話番号	名称： 番号：

年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1 に
甲2
対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業所

所在地 知多郡東浦町大字緒川字北赤坂35番地の1
名称 デイサービスセンター絆

説明者氏名

印

(甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者

住所 (〒 -)

ふりがな
氏名

印

電話番号 () -

(甲2) 署名代行者

住所 (〒 -)

ふりがな
氏名

印 (続柄)

電話番号 () -