

居宅サービス
介護予防生活支援サービス事業

社会福祉法人 あかね

天 河 草 子

「通所介護」・「通所型サービス」重要事項説明書

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 あかね
 (2) 法人所在地 尼崎市神田北通1丁目2番
 (3) 電話番号及びFAX番号 (06-7670-2288) (06-6430-0450)
 (4) 代表者氏名 理事長 松本 真希子
 (5) 設立年月日 平成7年3月24日

2. 利用施設

(1) 施設の種類

指定通所介護事業所 : 令和2年4月1日指定 県2873200477号
 日常生活支援総合事業(通所型サービス)
 : 令和6年4月1日指定 県2873200477号

- (2) 施設の名称 天河草子
 (3) 施設の所在地 兵庫県川辺郡猪名川町伏見台1-1-70
 <交通機関> 能勢電鉄「日生中央」駅下車 徒歩3分
 (4) 電話番号及びFAX番号 (072-765-2225) (072-765-2221)
 (5) 施設責任者氏名 山下 政隆
 (6) 開設年月日 通所介護 平成16年9月15日
 介護予防通所介護 平成18年4月1日
 日常生活支援総合事業(通所型サービス) 平成29年4月1日

(7) 営業日及び営業時間

	介護予防通所介護 通所介護 日常生活支援総合事業(通所型サービス) (デイサービス)
受付時間	9:00 ~ 18:00
サービス 提供時間	月曜日～日曜日 9:45 ~ 17:00 (1月1日・2日は休業日)

(8) 利用定員

介護予防通所介護・通所介護・日常生活支援総合事業(通所型サービス) 75名

3. 事業実施地域

通所介護 猪名川町、川西市、能勢町、豊能町
 介護予防通所介護・日常生活支援総合事業(通所介護) 猪名川町、川西市、能勢町、豊能町

4. 事業の目的及び運営方針

- (1) 居宅サービスに該当する事業は利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、介護その他日常生活の世話をを行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体及び精神的負担の軽減を図る。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。
- (3) 事業を運営するに当たり、地域と家族との結びつきを重視し、保険者、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。

5. サービス提供における事業者の義務

- (1) 利用者の体調悪化等の緊急時は、速やかに医師や家族への連絡をとり、適切な対処をする。
- (2) 利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、利用者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付する。(1枚につき10円)
- (3) 事業者は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しない。(守秘義務)ただし、利用者に医療上の必要がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供する。
- (4) 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努める。また、事業者が得た利用者の個人情報については、事業所での介護サービスの提供の目的以外では原則的に利用しないものとし、外部での情報提供については必要に応じて利用者又はその連帯保証人の了解を得るものとする。

6. 職員の配置状況

○通所介護・介護予防通所介護・日常生活支援総合（通所型サービス）

職種	人員配置（1日あたり）	指定基準（1日あたり）
1. 管理者	兼務	1名
2. 介護職	13名	13名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 看護職員	1名	1名
5. 機能訓練指導員	3名	1名

※職員の配置については、指定基準以上を遵守しております。

7. 利用料金の支払

- (1) 利用者は要支援・要介護度に応じてサービスを受け、重要事項説明書に定める所定の利用料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分を事業者を支払うものとする。

但し、利用者がいまだ要支援・要介護認定を受けていない場合及び介護サービス計画が作成されていない場合は、サービス利用料金をいったん全額支払うものとする。(要支援・要介護認定後または介護サービス計画作成後、自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻される。(償還払い))

- (2) サービス利用料金は下記にしたがって支払うものとする。

① 1ヶ月ごとに請求する。

② 支払い方法は以下のとおりである。

- ・集金代行自動引落：毎月27日に指定口座から自動引落。

引落手数料150円は利用者負担。

□集金代行会社：明治安田収納ビジネスサービス株式会社（MBS）

□「キャッシュカード」はお客様本人名義のものをお願いします。

□ご指定の金融機関口座から実際に振替が行われた際、金融機関の通帳には

「MBS シヤフクアカネ」と印字されます。

- ・振込：月末日までに下記口座に振込にて支払います。振込手数料は入居者負担。

三菱UFJ銀行 尼崎駅前支店 普通預金 0100922 名義人 社会福祉法人あかね
--

- ・現金：月末日までに施設窓口にて支払います。

(3) 介護保険料に未納がある場合には、自己負担が全額（10割負担）になることがある。

※事業対象者は除く

8. 利用の中止・変更・追加

- (1) 利用予定日の前に、利用者の都合によりサービスの利用を中止又変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができる。この場合、利用予定日の前々日までに事業者に出すものとする。
- (2) 利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日または当日になって利用の中止の申し出をされた場合は取消料として利用者は下記の料金を支払うものとする。

介護予防通所型介護・日常生活支援総合事業（通所型サービス）

①利用予定日の前々日までに申し出があった場合 無料

②利用予定日の前日以降に申し出があった場合 食事代+おやつ代

通所介護

①利用予定日の前々日までに申し出があった場合 無料

②利用予定日の前日（18:00 まで）に申し出があった場合

自己負担分（50%+食事+おやつ代）

③利用予定日の前日（18:00 以降）・当日に申し出があった場合

自己負担分（100%+食事+おやつ代）

9. サービス利用料等の変更について

介護保険制度及び各自治体の総合事業の改正等によりサービス利用料等の変更があった場合は、利用者に対し変更となる内容について文書により通知し、利用者の署名、捺印を得ることで変更とする。

10. 当事業所の通常実施地域外の送迎における費用

交通費

事業所から、片道おおむね1キロメートル毎 100円

11. 提供サービスの中止・変更

心身の状態、体調及び立会人の確保ができない等の利用者の置かれている環境により、利用者からの要

望があっても、サービスの提供を中止又は、サービス内容の変更することがある。

1 2. サービスの利用に関する留意事項

故意または重大な過失によって、施設、設備を破損等した場合には、利用者が自己負担により原状に復するまたは相当の代価を支払う。また、サービス提供契約の実施以外の営利行為、宗教勧誘を禁止する。

1 3. 損害賠償について

(1) 当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者はその損害を賠償する。ただし、その損害の発生について利用者に故意又は過失があり、利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合がある。

(2) 当施設において、利用者に生じた、加齢に伴う事故（皮膚脆弱による剥離、内出血、転倒、誤嚥など）、認知症を原因とする事故（異食、通常の方法から離れる、他利用者への暴言暴力等）においては、通常の方法内を超えるものに関して、一切の関与を行わない。

また、利用者に生じた事象により、通常の方法に加えて人員の配置が必要となった場合においては、必要経費を請求する場合がある。

1 4. 利用者・家族・その他関係者の禁止行為について

(1) 利用者または、家族など関係者の非協力など双方の信頼関係を損壊する行為（社会通念を超えたと思われる苦情など）

(2) スタッフに対する暴力、暴言、無理な要求、恐喝、物を投げつけるなどのハラスメント行為や、体を触る、手を握る、性的な言動などのセクシャルハラスメント行為、ストーカー行為など。

(3) スタッフの個人情報を脅かす行為。（スタッフに無断で音声や動画の録画を行い、それを断りなしに SNS などに投稿する。スタッフ個人の携帯番号、住所の聞き出しなど）

(4) スタッフ個人への金品の受け渡し。

(1) から (4) について、改善の見込みがない場合、事業者は利用契約書第 7 条に基づき利用契約の全部または一部を解約することができる。

1 5. 相談窓口について

＜当施設におけるご相談＞

受 付 時 間	10:00～17:00（月～金）
相 談 責 任 者	小林 一馬（施設責任者）
居宅サービス担当	山下 政隆（通所介護管理者）
	電話 072-765-2225
第 三 者 委 員	大森 剛 西村 恭子
	電話 06-7670-2288

＜行政機関その他相談受付機関＞

○国民健康保険団体連合会 所 在 地 神戸市中央区三宮町1-9-1801
電話番号 078-332-5617 FAX 番号 078-332-5650
受付時間 9:00～17:15（月～金）

○猪名川町介護保険担当課 所在地 兵庫県猪名川町上野北畑11-1

電話番号 072-766-0001

受付時間 9:00～17:15 (月～金)

○川西市役所介護保険担当課 所在地 兵庫県川西市中央町12-1

電話番号 072-740-1111

受付時間 9:00～17:15 (月～金)

介護予防通所介護・日常生活支援総合事業（通所型サービス） 利 用 料

○介護予防通所介護・日常生活支援総合事業（通所型サービス）

- 1 各自治体の総合事業で定められたサービス負担分（月利用単位）
 - ・介護予防生活支援サービス事業費（通所型サービス）
 - 要支援１・事業対象者（週１回程度） 1, 7 9 8 単位
 - 要支援２・事業対象者（週２回程度） 3, 6 2 1 単位
 - ・生活機能向上グループ活動加算 1 0 0 単位
 - ・一体的サービス提供加算 4 8 0 単位
 - ・栄養改善加算 2 0 0 単位
 - ・口腔機能向上加算 1 5 0 単位
 - ・若年性認知症利用者受入加算 2 4 0 単位
 - ・科学的介護推進体制加算 4 0 単位/月
 - ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）
 - 事業対象者・要支援１（週１回程度） 8 8 単位
 - 事業対象者・要支援２（週２回程度） 1 7 6 単位
 - ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）
 - 事業対象者・要支援１（週１回程度） 7 2 単位
 - 事業対象者・要支援２（週２回程度） 1 4 4 単位
 - ・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）
 - 事業対象者・要支援１（週１回程度） 2 4 単位
 - 事業対象者・要支援２（週２回程度） 4 8 単位
 - ・事業所評価加算 1 2 0 単位
 - ・介護職員等処遇改善加算Ⅱ 月総単位数×9. 0%

※サービス提供体制強化加算は以下の基準に適合した場合において加算される。

- Ⅰ・・・介護福祉士が70%以上配置
勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置
- Ⅱ・・・介護福祉士が50%以上配置
- Ⅲ・・・介護福祉士が40%以上配置
7年以上の勤続年数のある者が30%以上配置

※事業所評価加算は厚生労働大臣が定める基準に適合した場合において、評価対象期間の満了日に属する年度の次年度に限り1月につき加算される。

2 総合事業で定められていないサービス負担分

・食費		1,050円
・おやつ	(おやつ+フリードリンクセット)	500円
	(おやつのみ)	280円
	(フリードリンクのみ)	280円
・レクリエーション・クラブ活動	材料費等実費分	
・オムツ代	実費相当額	
・全額自己負担での利用費	*2を参照	
・その他のサービス (例 喫茶代等)		

*介護保険負担割合証が1割負担の方

計算式

1のうち利用した月総単位 . . . A

2のうち利用した項目の月額 . . . B

$(A \times \text{地域単価 } 10.27 \text{円} \times 10\%) + B = \text{利用者自己負担額}$

*介護保険負担割合証が2割負担の方

計算式

1のうち利用した月総単位 . . . A

2のうち利用した項目の月額 . . . B

$(A \times \text{地域単価 } 10.27 \text{円} \times 20\%) + B = \text{利用者自己負担額}$

*介護保険負担割合証が3割負担の方

計算式

1のうち利用した月総単位 . . . A

2のうち利用した項目の月額 . . . B

$(A \times \text{地域単価 } 10.27 \text{円} \times 30\%) + B = \text{利用者自己負担額}$

*2 全額自己負担での利用費

計算式 (事業対象者・要支援1)

1のうち利用した月総単位 . . . A

$(A \times \text{地域単価 } 10.27 \text{円}) \div 6 \times \text{利用回数} + \text{*のB} = \text{利用者自己負担額}$

計算式 (事業対象者・要支援2)

1のうち利用した月総単位 . . . A

$(A \times \text{地域単価 } 10.27 \text{円}) \div 10 \times \text{利用回数} + \text{*のB} = \text{利用者自己負担額}$

居宅サービス利用料

通所介護費（デイサービス）

1 介護保険給付で定められたサービス負担分（1回利用単位）

・通所介護費

大規模型通所介護費Ⅱ 《所要時間 7時間以上8時間未満》

要介護1	607単位
要介護2	716単位
要介護3	830単位
要介護4	946単位
要介護5	1059単位

大規模型通所介護費Ⅱ 《所要時間 3時間以上4時間未満》

要介護1	345単位
要介護2	395単位
要介護3	446単位
要介護4	495単位
要介護5	549単位

・入浴介助加算Ⅰ	40単位
・入浴介助加算Ⅱ	55単位
・個別機能訓練加算Ⅰイ	56単位
・個別機能訓練加算Ⅰロ	76単位
・個別機能訓練加算Ⅱ	20単位/月
・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（6月に1回を程度）	20単位/回
・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ（6月に1回を程度）	5単位/回
・口腔機能向上加算Ⅰ（3月以内月2回まで）	150単位/回
・口腔機能向上加算Ⅱ（3月以内月2回まで）	160単位/回
・栄養アセスメント加算	50単位/回
・栄養改善加算（3月以内月2回まで）	200単位/回
・ADL維持等加算Ⅰ	30単位/月
・ADL維持等加算Ⅱ	60単位/月
・生活機能向上連携加算Ⅰ	100単位/月
・生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位/月
・科学的介護推進体制加算	40単位/月
・若年性認知症利用者受入加算	60単位
・サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位
・サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位
・サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位
・介護職員等処遇改善加算Ⅱ	月総単位数×9.0%

※ サービス提供体制強化加算は以下の基準に適合した場合において加算される。

I・・・介護福祉士が70%以上配置

勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置

II・・・介護福祉士が50%以上配置

III・・・介護福祉士が40%以上配置

7年以上の勤続年数のある者が30%以上配置

2 介護保険給付で定められていないサービス負担分

・食費		1,050円
・おやつ	(おやつ+フリードリンクセット)	500円
	(おやつのみ)	280円
	(フリードリンクのみ)	280円
・レクリエーション・クラブ活動	材料費等実費分	
・オムツ代	実費相当額	
・全額自己負担での利用費	*2を参照	
・その他のサービス(例 喫茶代等)		

*介護保険負担割合証が1割負担の方

計算式

1のうち利用した月総単位・・・A

2のうち利用した項目の月額・・・B

(A×地域単価 10.27円×10%) + B = 利用者自己負担額

*介護保険負担割合証が2割負担の方

計算式

1のうち利用した月総単位・・・A

2のうち利用した項目の月額・・・B

(A×地域単価 10.27円×20%) + B = 利用者自己負担額

*介護保険負担割合証が3割負担の方

計算式

1のうち利用した月総単位・・・A

2のうち利用した項目の月額・・・B

(A×地域単価 10.27円×30%) + B = 利用者自己負担額

*2 全額自己負担での利用費

計算式

1のうち利用した月総単位・・・A

(A×地域単価 10.27円) + *のB = 利用者自己負担額

*単位数での計算と金額(円)での計算では、国の基準計算方法(端数処理)により自己負担額に若干の誤差が発生する。