

指定通所介護及び指定介護予防通所介護重要事項説明書

1 季楽デイサービス春夏秋冬緑店の概要

① 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業者名	季楽デイサービス春夏秋冬緑店		
所在地	愛知県名古屋市緑区平子が丘 607 番地		
電話番号	052-621-3003		
F A X 番号	052-621-3013		
事業者番号	通所介護	2391400674	
	介護予防通所介護	23A1401562	
サービスを提供できる地域※	名古屋市緑区・天白区		

※ 上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方は御相談下さい。

② 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務	合計	業務内容
管理者		1名		あり	1名	介護従事者及び業務の管理
生活相談員	介護福祉士	2名	1名	あり	3名	介護相談受付
	社会福祉士					
機能訓練指導員	看護師		2名	あり	2名	訓練士指導
介護・看護職員	看護師		1名	あり	1名	看護業務
	准看護師		1名	あり	1名	
	介護福祉士	1名	1名	あり	2名	利用者の介護
	ヘルパー2級		1名	なし	1名	
	介護スタッフ		2名	なし	2名	
合計		4名	9名	—	13名	—
勤務時間	生活相談員 8時00分～17時00分					
	介護職員 8時00分～17時00分					

③ 当事業所の設備の概要

定員	18名	静養室	1室 2床
食堂兼機能訓練室	54.03 m ²	相談室	2.85 m ²
浴室	19.11 m ²	送迎車	3台
その他	駐車場 8台		

④ サービスの提供時間

	営業時間	サービス提供時間
平日（月～土） 祝日	午前8時00分～午後5時00分	午前9時15分～午後4時30分
休業日	日曜日・12月29日～1月3日	

2 当事業所の通所介護及び介護予防通所介護の特徴等

① 運営方針 当センターは小規模なので個人に添うようなサービスプログラムを組んで、利用者の個性を尊重した通所介護を目指しています。

② サービス利用のために

従業員への研修の実施	年4回 研修を実施しています
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します。
その他	

③ サービスの利用にあたっての留意事項

送迎時間の連絡	ご希望の方は前日にご連絡いたします。
体調管理	看護師による体調確認を致します。
体調不良等によるサービスの中止・変更	なるべく早めにご連絡をしてください。
食事のキャンセル	なるべく早めにご連絡をしてください。
時間変更	なるべく早めにご連絡をしてください。
設備、器具の利用	丁寧に扱い、使用後は元の場所に戻してください。

3 サービス内容

- ② 送迎 車による送迎を行います。
- ② 食事 高齢者向けに栄養バランスを考えたお食事を用意します。
- ④ 入浴 一般入浴の見守り及び介助を行います。
- ⑤ 個別機能訓練 個別機能訓練を少人数で個別に機能向上を目指した運動を行います。
月一回程度機能訓練を目的とした外出レクを行っております
- ⑥ 生活相談 利用者やご家族の日常生活全般のアドバイスをします。
- ⑦ スクール 個々の趣味に合わせたスクールから、学びたいことまで幅広く支援します。

4 利用料金

費用の額は、単位数に 10.68 を乗じて算定するものとする。

① 介護保険

1. 通所介護（1割負担の場合）

ア 通所介護利用料（通所介護費：サービス提供時間 7 時間以上～8 時間未満）

	保険単位数（単位／日）	利用者負担額
要介護 1	753 単位	804 円
要介護 2	890 単位	951 円
要介護 3	1,032 単位	1,102 円
要介護 4	1,172 単位	1,252 円
要介護 5	1,312 単位	1,401 円

イ 付加サービスの利用料

	保険単位数（単位／日）	利用者負担額（1回）
入浴代	40 単位	43 円
個別機能訓練 I イ	56 単位	60 円

2. 介護予防通所介護

ア 介護予防通所介護利用料

	保険単位数（単位／月）	利用者負担額
要支援 1	1,798 単位	1,920 円
要支援 2	3,621 単位	3,867 円

イ 付加サービスの利用料：支援 1

	保険単位数（単位／月）	利用者負担額（月単位）

付加サービスの利用料：支援 2

	保険単位数（単位／月）	利用者負担額（月単位）

3. 通所介護（2割負担の場合）

ア 通所介護利用料（通所介護費：サービス提供時間7時間以上～8時間未満）

	保険単位数（単位／日）	利用者負担額
要介護1	753単位	16,08円
要介護2	890単位	19,01円
要介護3	1,032単位	2,204円
要介護4	1,172単位	2,503円
要介護5	1,312単位	2,802円

イ 付加サービスの利用料

	保険単位数（単位／日）	利用者負担額（1回）
入浴代	40単位	85円
個別機能訓練加算I（イ）	56単位	120円

4. 介護予防通所介護

ア 介護予防通所介護利用料

	保険単位数（単位／月）	利用者負担額
要支援1	1,798単位	3,840円
要支援2	3,621単位	7,734円

イ 付加サービスの利用料：支援1

	保険単位数（単位／月）	利用者負担額（月単位）

付加サービスの利用料：支援2

	保険単位数（単位／月）	利用者負担額（月単位）

5. 通所介護（3割負担の場合）

ア 通所介護利用料（通所介護費：サービス提供時間7時間以上～8時間未満）

	保険単位数（単位／日）	利用者負担額
要介護1	753単位	2,413円
要介護2	890単位	2,852円
要介護3	1,032単位	3,307円
要介護4	1,172単位	3,755円
要介護5	1,312単位	4,204円

イ 付加サービスの利用料

	保険単位数（単位／日）	利用者負担額（1回）
入浴代	40単位	128円
個別機能訓練加算I（イ）	56単位	180円

6. 介護予防通所介護

ア 介護予防通所介護利用料

	保険単位数（単位／月）	利用者負担額
要支援1	1,798単位	5,761円
要支援2	3,621単位	11,602円

イ 付加サービスの利用料：支援1

	保険単位数（単位／月）	利用者負担額（月単位）

付加サービスの利用料：支援2

	保険単位数（単位／月）	利用者負担額（月単位）

7. 処遇改善加算

※上記の利用料金（介護保険給付対象サービス自己負担額）の8.0%

（食費別の総月額が1,000円とすると80円の加算で合計1,080円となります。）

8.所得に応じた利用者負担

負担割合は、住民税で用いる前年所得に基づいて決定する。

ご本人様の年齢	ご本人様の合計所得額	同一世帯の65歳以上の方の年金収入とその他の合計所得額の合計		負担割合
64歳以下				1割
65歳以上	160万円未満			1割
	160万円以上	単身世帯	280万円未満	
		2人以上の世帯	346万円未満	
		単身世帯	280万円以上	
		2人以上の世帯	346万円以上	
	220万円以上	単身世帯	340万円以上 ※年金収入のみの場合 344万円以上	3割
2人以上の世帯		463万円以上		

○合計所得金額…損失の繰越控除前の総所得金額（事業所得、給与所得、雑所得等）、特別控除前の土地・建物等の分離譲渡所得金額の合計

○その他の合計所得金額から年金所得を除いた額

※平成27年8月から一定の所得のある65歳以上の被保険者（第1号被保険者）については利用者負担を1割から2割とする。

※平成30年8月から3割負担対象者の方は3割負担とする。

① その他の利用料

ア 食費（おやつ+飲み物代含む） 1日 800円

イ 交通費

上記1の①のサービス提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、送迎のために交通費をご負担いただくことになります。

- ・ 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道5キロメートルまで 500円
- ・ 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道5キロメートル以上
1キロメートルを増すごとに500円に100円を加算

ウ 時間外サービス

お客様の選択・希望により、通常時間を超えて提供した場合は、30分あたり500円をご負担して頂くことになります。

エ キャンセル料

利用期日に利用中止を申し出た場合には、キャンセル料として800円お支払いいただく場合があります。但し、体調不良等、正当な理由がある場合には、この限りではありません。

料金の支払い方法

基本、当月分に関しては締め翌15日までに振込み又は口座引落にてお支払いください。

5 サービスの利用方法

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合、サービス終了を希望する日の1週間前までに、お申し出ください。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合は、人員不足等やむをえない事態により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、1ヶ月前までに文章にて通知させていただきます。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知が無くても、自動的に終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合。
- ・ 介護保険給付サービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・ お客さまが亡くなられた場合

エ その他

- ・ お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

9 サービス内容に関する苦情

① 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 丸山 佳代子

電話 052-621-3003

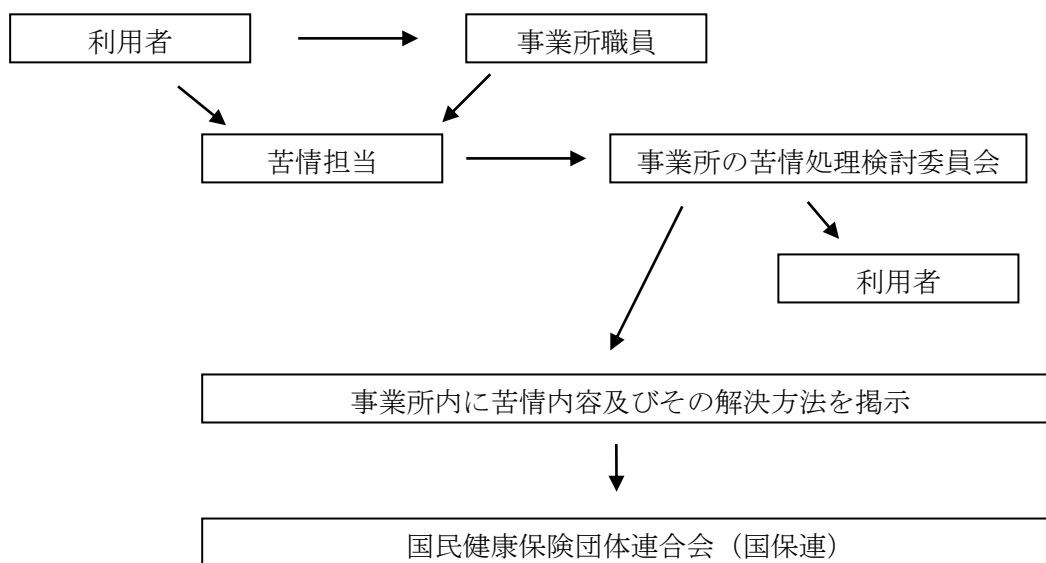
FAX 052-621-3013

受付日 年中（ただし、12月29日～1月3日を除く）

受付時間 午前9時00分～午後5時

② 苦情処理体制

苦情処理フロー



③ その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び愛知県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア

名古屋市緑区	区民福祉部	052-625-3965
名古屋市天白区	区民福祉部	052-807-3887
名古屋市南区	区民福祉部	052-823-9410

イ 愛知県国民健康保険団体連合会（苦情相談室） 052-971-4165

10 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前に打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡いたします。

主治医	病院名			
	担当医		電話番号	
ご家族	氏名			
	続柄		電話番号	

11 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対して応急処理、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅新事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

※本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

<保険会社名> 東京海上日動火災保険株式会社

<保 険 名> 介護事業者賠償責任保険

<補償の概要> 対人賠償、対物賠償、受託物、純粹経済損害賠償、人格権侵害

12 非常災害対策

災害時の対応	防災計画による
防災設備	誘導灯・消火器を設置
防災訓練	年1回実施
防災責任者	丸山 佳代子

13 秘密の保持について

- ① 当該事業所の従事者は、正当な理由なくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- ② 当該事業所の従事者であった者は、その業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- ③ 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文章による同意を得た上で、お客様又はご家族の個人情報を用います。

令和 年 月 日

通所介護・介護予防通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明致しました。

事業者名

所在地 愛知県名古屋市長区平子が丘 607 番地

名 称 季楽デイサービス春夏秋冬緑店

説明者氏名

印

私は、本書面により事業者から通所介護・介護予防通所介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者 住所

氏名

印

(家族代表) 住所

氏名

印

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記による必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- ① 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- ② 上記①の外、介護支援専門員又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- ③ 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったとき、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- ① 居宅サービス計画に掲載される介護事業所
- ② 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- ① 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

令和 年 月 日
季楽デイサービス春夏秋冬緑店

住所

氏名

印

(家族代表) 住所

氏名

印