

地域密着型通所介護重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して地域密着型通所介護を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

〔目 次〕	
1. 法人（事業者）の概要	1
2. 事業所の概要	1～2
3. 職員の配置状況	2
4. 当事業所が提供するサービスの特徴	2～3
5. 当事業所の利用料金	3～4
6. 緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について	4
7. 契約終了について	4～5
8. サービス内容に関する苦情と相談	6
9. 非常災害対策	6
10. 第三者評価	6

1. 法人（事業者）の概要

- (1) 法人名 有限会社 深井シーリング
- (2) 法人所在地 静岡市葵区松富上組 53-1
- (3) 電話番号 054-253-3488
- (4) 代表者名 代表取締役 深井 巨人
- (5) 設立年月日 平成 14 年 04 月 01 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 地域密着型通所介護及び通所介護相当サービス
(令和 4 年 8 月 15 日指定)
- (2) 事業所の名称 ココトレ
- (3) 事業所の所在地 静岡市葵区安東 3 丁目 17-32
- (4) 電話番号 054-248-7201
- (5) 管理者名 深井 巨人
- (6) 開設年月日 令和 04 年 08 月 15 日
- (7) 利用定員 午前 18 名 午後 18 名 合計 36 名／1 日
- (8) サービス提供地域 静岡市葵区
- (9) 設備の概要

食堂兼機能訓練室	1 室	静養室	1 室
送迎車両	3 台	相談室	1 室

(10) 営業日、時間

月～金曜日 (祝日も含む)	午前 8:30 から午後 5:30 まで ただし、年末年始は休業です。(12月29日から1月4日)
土・日曜日	定休日
サービス提供時間	午前 9:00 から午後 12:05 まで 及び 午後 1:30 から午後 4:35 まで

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して地域密着型通所介護を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職員配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	業務内容	常勤換算数	指定基準数
管理者	事業の管理、運営、利用者の介護業務	1 名	
生活相談員	相談援助業務、利用者の介護業務	1 名	1日あたりの指定配置基準は、下記のとおりです。
看護職員	利用者の看護業務	1 名	
介護職員	利用者の介護業務	2 名	
機能訓練指導員	機能訓練の指導	2 名	

※ 常勤換算 職員それぞれの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定労働勤務時間数(週 40 時間)で除した数です。

配置基準	生活相談員	1 名以上
	介護職員	当日の利用者の数が 15 名までは 1 名以上、それ以上の場合は、15 を超える部分の数を 5 で除した数に 1 を加えた数以上 (16 人～20 人は 2 名以上)
	機能訓練指導員	1 名以上
	看護職員	1 名以上

4. 当事業所が提供するサービスの特徴

(1) 運営方針

事業所の従事者は、ご契約者の心身の特徴を踏まえて、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、日常生活上の支援および機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能、生活機能の維持回復を図るために、必要な事業を行うものとします。

(2) 提供するサービス

個別サービス計画に沿って、送迎、その他必要な基本サービスおよび、運動器の機能向上サービスを行います。

5. 当事業所の利用料金

(1) サービス利用料金（契約書第6条参照）

ご契約者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、ご契約者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割、2割又は3割の額です。ただし、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。

地域密着型通所介護の利用料金

（基本部分：地域密着型通所介護 サービス提供時間3時間以上4時間未満の場合）

要介護度別の サービス単位数	要介護1 416単位	要介護2 478単位	要介護3 540単位	要介護4 600単位	要介護5 663単位
基本利用料金	4,272円	4,909円	5,545円	6,162円	6,809円
利用者負担（1割）	428円	490円	555円	615円	681円
利用者負担（2割）	855円	982円	1,109円	1,233円	1,362円
利用者負担（3割）	1,282円	1,473円	1,664円	1,849円	2,043円

（加算：地域密着型通所介護 サービス提供時間3時間以上4時間未満の場合）

利用中、すべてのご契約者に一律に加算（体制加算）されるものと、個々の要件に該当した場合に加算されるものがあります。

加算の種類	加算単位	加算料金	利用者負担 （1割）	利用者負担 （2割）	利用者負担 （3割）
科学的介護推進体制加算	40単位	410円	41円	82円	123円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位	205円	21円	42円	62円
個別機能訓練加算Ⅰロ	76単位	780円	78円	156円	234円
口腔機能向上加算Ⅱ （月2回限度）	160単位	1,643円	165円	329円	493円
口腔栄養スクリーニング 加算Ⅱ	5単位	51円	6円	11円	16円

処遇改善加算Ⅱ	利用日数や加算等によって変動（※所定単位数×90/1000）
※3 合計金額の例	要介護1、月4回利用、口腔機能向上加算なし、1割負担 2,270円 要介護1、月4回利用、口腔機能向上加算2回加算、1割負担 2,616円 要介護2、月8回利用、口腔機能向上加算2回加算、1割負担 5,325円 要介護3、月4回利用、口腔機能向上加算2回加算、1割負担 3,189円 要介護2、月12回利用、口腔機能向上加算2回加算、1割負担 7,872円

※3 小数点以下の処理の関係上、実際の請求額と異なる場合がございます

通所介護相当サービスの利用料金
(基本部分)

利用者の 要介護度	サービス単位	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	1,798単位	(1月につき) 18,465円	1,847円	3,693円	5,540円
要支援2	3,621単位	(1月につき) 37,187円	3,719円	7,438円	11,157円

(加算部分)

加算の種類		加算単位	加算料 金	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
口腔機能向上加算Ⅱ (月1回限度)		160単位	1,643円	165円	329円	493円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ (6ヶ月に1回)		5単位	51円	6円	11円	16円
科学的介護推進体制加算		40単位	410円	41円	82円	123円
介護職員処遇改善 加算Ⅱ	事業対象者 支援1	※1	1,698～ 1,852円	169～185円	338～370円	507～555円
	支援2		3,383～ 3,536円	338～354円	676～708円	1,014～ 1,062円

※2 合計金額目安	事業対象者 支援1		20,573～ 22,421円	2,057～ 2,242円	4,114～ 4,484円	6,171～ 6,726円
	支援2		40,980～ 42,827円	4,098～ 4,282円	8,196～ 8,564円	12,294～ 12,846円

※1 所定単位数×90/1000

※2 小数点以下の処理の関係上、請求金額と異なる場合がございます

注1) 上記の基本利用料、加算等は厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(2) 利用料のお支払方法(契約書第 6 条参照)

前記の料金・費用は、月末締めの上 1 カ月ごとに計算し、毎月 15 日までに前月分の請求書を発送いたします。

お支払方法は、口座自動引落とさせていただきます。

ご契約者等の口座から、毎月 27 日に引落を行います。引落に必要な手数料は、事業所で負担します。

ご契約者等が施設に支払うべきサービス利用料金を正当な理由なく遅延し場合には施設は、上記方法によらない支払い方法を指定します。

6. 緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について

サービス提供中にご契約者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及びご家族へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

風邪、病気の場合および、当日の健康チェックの結果体調が不調の場合は、サービス内容の変更またはサービスを中止することがあります。

非常災害時の対応については、消防計画や防災計画に基づいて適切に対応します。

7. 契約の終了について(契約書第 15 条参照)

当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。従って以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、このような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が死亡した場合② 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立または要支援 1、要支援 2、事業対象者と判定された場合③ やむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合④ 事業所の重大な毀損により、ご契約者に対する地域密着型通所介護の提供が不可能になった場合⑤ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合、または指定を辞退した場合⑥ ご契約者から中途解約・契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください)⑦ 事業所から退所の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照ください) |
|--|

(1) ご契約者からの中途解約・契約解除の申し出について(契約書第 16 条、17 条参照)

ご契約者は現にサービスを利用している期間を除き、文書で 7 日前までに通知することにより、中途解約・契約解除を申し出ることができます。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- | |
|---|
| ① 介護保険給付対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合 |
| ② 事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める地域密着型通所介護を実施しない場合 |
| ② 事業所もしくはサービス従事者が第 13 条に定める守秘義務に違反した場合 |
| ④ 事業所もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合 |
| ⑤ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは、傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応をとらない場合 |

(2) 事業所からの申し出による契約解除について(契約書第 18 条参照)

以下の事項に該当する場合には、事業所からの申し出により契約解除することがあります。

- | |
|--|
| ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、また不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 |
| ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 カ月以上遅延し、催告した後も 30 日以内に支払われない場合 |
| ③ ご契約者が、故意または重大な過失により事業所またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 |
| ④ ご契約者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院、病気等により、3 カ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合 |
| ⑤ ご契約者が指定介護福祉施設等に入所した場合 |

8. サービス内容に関する苦情と相談

当事業所ご利用相談・苦情担当

苦情受付担当者 生活相談員 深井 亮

電話番号 054-248-7201

苦情対応担当者 管理者 深井 巨人

苦情解決責任者 有限会社深井シーリング 代表取締役 深井 巨人

9. 非常災害対策

- ・ 災害時の対応 ----- 消防計画に基づき、対応いたします。
- ・ 消防設備 ----- 消防関係法令に基づき、消防設備を設置しています。
- ・ 防災訓練 ----- 消防訓練計画を立案し、定期的を実施しています。
- ・ 防災責任者 ----- 統括事業所長

10. 第三者評価

- ・ 第三者評価の実施 ----- 無し
- ・ 実施した直近の年月日 ----- 無し
- ・ 実施した評価機関の名称 ----- 無し
- ・ 評価結果の開示状況 ----- 無し