

株式会社 SK デイリハステーションこいたっふ

重要事項説明書

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（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 S K
主たる事務所の所在地	〒 3 7 3 - 0 0 3 3 太田市西本町 5 9 番カワムラビル 2 - A
代表者（職名・氏名）	代表取締役 小板橋 祥
設立年月日	令和 4 年 2 月 1 日
電話番号	0 2 7 6 - 5 7 - 8 3 1 1

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイリハステーションこいたっふ	
サービスの種類	地域密着型通所介護、介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒 3 7 3 - 0 0 3 3 太田市西本町 5 9 番カワムラビル 2 - A	
電話番号	0 2 7 6 - 5 7 - 8 3 1 1	
指定年月日・事業所番号	令和 4 年 5 月 1 日	1 0 9 0 5 0 0 6 3 6
実施単位・利用定員	2 単位	定員 1 0 人
通常の事業の実施地域	太田市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	株式会社 S K が実施する指定地域密着型通所介護事業所が行う指定地域密着型通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員または、機能訓練指導員、介護職員等の従業者が要介護状態にある高齢者に対し、利用者の意志及び人格を尊重し利用者の立場に立った適正な指定地域密着型通所介護を提供することを目的とする。 要支援状態等である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とします。
-------	---

運営の方針	1. 要介護者に対する事業の提供にあたっては、事業所の介護職員等は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当かつ適切に行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的負担及び精神的負担の軽減を図る。 2. 要支援者に対する事業の提供にあたっては、事業所の介護職員等は、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供にあたることにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。 3. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
-------	---

4. 提供するサービスの内容

事業者が設置する事業所に通っていただき排泄等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで、祝祭日は営業いたします。 ただし、年末年始及びお盆を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス 提供時間	1 単位目：午前9時00分から午後12時05分まで
	2 単位目：午後1時30分から午後4時35分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 1人以上
介護職員	常勤 1人以上
機能訓練指導員	常勤 2人以上
看護師	非常勤 1名以上

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及び管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 小板橋祥、本間恵
管理責任者の氏名	管 理 者 小板橋祥

8. 利用料

あなた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、あなた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割から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。

（1）地域密着型通所介護のサービスの利用料

【基本部分】 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

利用者の 要介護度	単位数	利用料金	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	4 1 6 / 回	4, 2 1 8 円 / 回	4 2 1 円 / 回	8 4 3 円 / 回	1, 2 6 5 円 / 回
要介護 2	4 7 8 / 回	4, 8 4 6 円 / 回	4 8 4 円 / 回	9 6 9 円 / 回	1, 4 5 4 円 / 回
要介護 3	5 4 0 / 回	5, 4 7 5 円 / 回	5 4 7 円 / 回	1, 0 9 5 円 / 回	1, 6 4 2 円 / 回
要介護 4	6 0 0 / 回	6, 0 8 4 円 / 回	6 0 8 円 / 回	1, 2 1 6 円 / 回	1, 8 2 5 円 / 回
要介護 5	6 6 3 / 回	6, 7 2 2 円 / 回	6 7 2 円 / 回	1, 3 4 4 円 / 回	2, 0 1 6 円 / 回

上記の基本利用料は、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定されます。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。

【加算】

以下の要件を満たす場合、基本部分に以下の料金が加算されます。

加算項目	単位数	利用料金	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56／回	567円／回	56円／回	113円／回	170円／回
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76／回	770円／回	77円／回	154円／回	231円／回
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20／月	202円／月	20円／月	40円／月	60円／月
科学的介護推進体制加算	40／月	405円／月	40円／月	81円／月	121円／月
ADL維持等加算Ⅱ	60／月	608円／月	60円／月	121円／月	182円／月
口腔機能向上加算Ⅱ※	160／月2回	1622円／月2回	162円／月2回	324円／月2回	486円／月2回
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22／回	223円／回	22円／回	44円／回	66円／回

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ-ロ）

所定単位数に12.5%を乗じた単位数

※口腔機能向上加算Ⅱは月2回を上限として算定することができ、原則として当施設では月2回算定を実施させていただきます。

- ・個別機能訓練加算（Ⅰ）は職員の人員基準に準じて算定します。また、同日にイ、ロともに算定することはできません。
- ・所定単位数…1ヶ月間に利用した基本サービスと加算サービスの単位数の合計です。
- ・介護職員等処遇改善加算…介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。

介護保険適用料金の自己負担額

- ・1ヶ月に利用されたサービスの単位数の合計（介護職員等処遇改善加算を含む）に地域区分単価を乗じた金額が介護保険サービスの利用料金で、利用者の自己負担割合に応じた金額

が自己負担金になります。

・1ヶ月の単位数の合計に地域区分単価を乗じて計算するため、サービス毎の自己負担額を合計した場合、小数点以下の端数処理の関係で請求書の金額とは差異が生じることがあります。

(2) 第一号通所事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料

【基本部分】

利用者の 要介護度	単位数	基本利用料	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者 要支援1	1, 7 9 8 ／月	1 8, 2 3 1 円／月	1, 8 2 3 円／月	3, 6 4 6 円／月	5, 4 6 9 円／月
	4 3 6／回	※①4, 4 2 1 円／回	※①4 4 2 円／回	※①8 8 4 円／回	※①1, 3 2 6 円／回
事業対象者 要支援2	3, 6 2 1 ／月	3 6, 7 1 6 円／月	3, 6 7 1 円／月	7, 3 4 3 円／月	1 1, 0 1 5 円／月
	4 4 7／回	※②4, 5 3 2 円／回	※②4 5 3 円／回	※②9 0 6 円／回	※②1, 3 5 9 円／回

上記の基本利用料は、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定されます。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。

※①1月で4回以下のサービスを行った場合

※②1月で5回以上8回以下のサービスを行った場合

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	単位数		基本利用料	自己負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体 制強化加算 (I) イ	事業対象者 要支援1	8 8／月	8 9 2円／ 月	8 9円／月	1 7 8円／ 月	2 6 7円／ 月
	事業対象者 要支援2	1 7 6／月	1, 7 8 5 円／月	1 7 8円／ 月	3 5 7円／ 月	5 3 5円／ 月
科学的介護推進	4 0／月		4 0 6円／	4 0円／月	8 1円／月	1 2 1円／

体制加算		月			月
口腔機能向上 加算Ⅱ	160/月	1622円 /月	162円/ 月	324円/ 月	486円/ 月

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ－ロ）	所定単位数に12.5%を乗じた単位数
------------------	--------------------

※所定単位数…1ヶ月間に利用した基本サービスと加算サービスの単位数の合計です。

※介護職員等処遇改善加算…介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。

※介護保険適用料金の自己負担額

・1ヶ月に利用されたサービスの単位数の合計（介護職員等処遇改善加算を含む）に地域区分単価を乗じた金額が介護保険サービスの利用料金で、利用者の自己負担割合に応じた金額が自己負担金になります。

・1ヶ月の単位数の合計に地域区分単価を乗じて計算するため、サービス毎の自己負担額を合計した場合、小数点以下の端数処理の関係で請求書の金額とは差異が生じることがあります。

（３）その他の費用

おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の周り品など）について、費用の実費をいただきます。 当施設では、お茶代として1回150円請求します。

（４）支払い方法

上記（１）又は（２）と（３）を含めた利用料（利用者負担分の金額）は、1ヵ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月、請求書と一緒に10日以降に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は翌営業日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は翌営業日）までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 住所 電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の居宅介護支援事業所もしくは地域包括支援センター等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0276-57-8311 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	群馬県国民健康保険団体連合会	電話：027-290-1323
	太田市介護サービス課	電話：0276-47-1856

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスをご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスが利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所、担当の居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター等の担当者へご連絡ください。

13. 第三者評価

当施設は、提供するサービスの内容は、第三者評価を行っておりません。予めご了承ください。