

ディサービスどすこい

重要事項説明書

(令和 6 年 8 月 1 日 現在)

1.通所介護（地域密着型通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業）を提供する事業者について

名称・法人種別	株式会社 インフレイング
代表者職氏名	代表取締役 日野 直樹
本社所在地	東京都江東区常盤 1-12-16
電話番号	03-5638-1838

2.利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所概要

名称	ディサービス どすこい
所在地	東京都江東区常盤 1 - 1 2 - 1 6
事業所番号	1390800314・13A0800311
管理者	日野 直樹
電話番号	03-5638-1820
送迎サービス対象地域	江東区

(2) 職員体制表

役職	勤務体制		主な職務内容
管理者	常勤 1 名	日野直樹	事業所の従業員の管理及び業務の一元的な管理等。
生活相談員	常勤 3 名		通所介護等の利用申込にかかる調整、通所介護計画書等の作成、利用者の日常生活上における必要な相談援助等。
介護職員	3 名以上		利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、

			その他必要な業務等。
機能訓練 指導員	非常勤 2 名		日常生活を営むのに必要な機能の減退を 防止するための訓練指導、助言等。
看護師	非常勤 2 名		利用者の心身の状況を的確に把握しバイ タルチェック。健康状態の管理。

(3) 当センターの設備等

定員	19 名 (内サービス A 1 名)	静養室	1
機能訓練室	1 室 58.05 m ²	相談室	1
浴室	一般浴	送迎車	3 台

(4) 営業時間

午前 8 時 00 分 ～ 午後 6 時 00 分 (延
長サービス実施時は午後 8 時 00 分まで)

(5) 定休日

日曜、年末年始 (12/31～1/3)

(6) サービス提供時間

(地域密着通所介護)

午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分まで

(総合事業・サービス A)

- ① 午前 9 時 00 分～午後 3 時 00 分 定員 19 名
うちサービス A 定員 1 名

3. 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

地域密着型通所介護（以下「指定通所介護等」という。）及び介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスの事業（以下「事業」という。）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、事業所ごとに置くべき従事者（以下「通所介護等従事者」という。）が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し適正な指定通所介護等を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

事業所の通所介護等従事者は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、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、さらに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家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。また、関係区市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。

4. 提供するサービス内容

(1) 介護（利用者に添う介護、移動介助等）

(2) 機能訓練指導・運動器機能の向上

(3) 送迎

(4) 利用者にかかわる相談援助

5. 料金

(1) 【利用料金表：通所介護】 単位数×10.9 円

・通所介護費 （地域密着型通所介護・6 時間以上 7 時間未満）

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	678 単位/日	801 単位/日	925 単位/日	1049 単位/日	1172 単位/日

自己負担 額（ 1 割）	739 円	873 円	1, 009 円	1,144 円	1,278 円
自己負担 額（ 2 割）	1,478 円	1,747 円	2,017 円	2,287 円	2,555 円
自己負担 額（ 3 割）	2,217 円	2,620 円	3,025 円	3,431 円	3,833 円

・通所介護費 （地域密着型通所介護・7 時間以上 8 時間未満）

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	753 単位/日	890 単位/日	1032 単位/日	1172 単位/日	1312 単位/日
自己負担 額（ 1 割）	821 円	971 円	1,125 円	1,278 円	1,430 円
自己負担 額（ 2 割）	1,642 円	1,941 円	2,250 円	2,555 円	2,861 円
自己負担 額（ 3 割）	2,463 円	2,911 円	3,375 円	3,833 円	4,291 円

・通所介護費 （地域密着型通所介護・8 時間以上 9 時間未満）

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	783 単位/日	925 単位/日	1072 単位/日	1220 単位/日	1365 単位/日
自己負担 額（1 割）	854 円	1,009 円	1,169 円	1,330 円	1,488 円
自己負担 額（2 割）	1,707 円	2,017 円	2,337 円	2,660 円	2,976 円
自己負担 額（3 割）	2,561 円	3,025 円	3,506 円	3,990 円	4,464 円

・通所介護費 （地域密着型通所介護・8 時間以上 9 時間未満 延長・1）

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	783+50 単位 /1 日	925+50 単位 /1 日	1072+50 単位 /1 日	1220+50 単位 /1 日	1365+50 単位 /1 日
自己負担 額（1 割）	908 円	1,063 円	1,223 円	1,385 円	1,543 円
自己負担 額（2 割）	1,816 円	2,126 円	2,446 円	2,769 円	3,085 円

自己負担 月（3割）	2,724 円	3,189 円	3,669 円	4,153 円	4,627 円
---------------	---------	---------	---------	---------	---------

・通所介護費 （地域密着型通所介護・8 時間以上 9 時間未満 延長・2）

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	783+100 単位 /1 日	925+100 単位 /1 日	1072+100 単位 /1 日	1220+100 単位 /1 日	1365+100 単位 /1 日
自己負担 額（1割）	963 円	1,118 円	1,278 円	1,439 円	1,597 円
自己負担 額（2割）	1,925 円	2,235 円	2,555 円	2,878 円	3,194 円
自己負担 月（3割）	2,888 円	3,352 円	3,833 円	4,317 円	4,791 円

・加算

サービス項目	単位数	利用料	自己負担額 （1割）	自己負担額 （2割）	自己負担額 （3割）
個別機能訓練	5 6 単	6 1 0	6 1 円	1 2 2 円	1 8 4 円

加算Ⅰ	位/日	円			
入浴介助加算	40単 位/日	436 円	44円	88円	131円
サービス提供体制加算Ⅱ	18単 位/日	196 円	20円	40円	59円
地域密着型通所介護処遇改善加算Ⅰ		所定単位 92/1000 (1ヶ月)			

【利用料金表：介護予防・日常生活支援総合事業等】

・総合事業介護費（介護予防・日常生活支援総合事業）

要介護度	事業対象者・要支援1	要支援2
単位数	290 単位 / 回	301 単位 / 回
利用料	3,161 円	3,280 円
自己負担額（1割）	317 円	328 円
自己負担額（2割）	633 円	656 円
自己負担額（3割）	949 円	984 円

・加算（事業対象者・要支援1）

サービス項目	単位数	利用料	自己負担額（1
--------	-----	-----	---------

			割)
初回受け入れ加算	100 単位 /月	1,090 円	109 円
送迎加算 (片道)	42 単位/回	457 円	46 円
入浴介助加算	40 単位/回	436 円	44 円
サービス提供体制加算Ⅱ	18 単位/回	196 円	20 円
処遇改善加算・Ⅰ	165 単位/月	1,798 円	180 円

・ (要支援 2)

サービス項目	単位数	利用料	自己負担額 (1 割)
初回受け入れ加算	100 単位 /月	1,090 円	109 円
送迎加算 (片道)	47 単位/回	512 円	52 円
入浴介助加算	40 単位/回	436 円	44 円
サービス提供体制加算Ⅱ	18 単位/回	196 円	20 円
処遇改善加算・Ⅰ	333 単位/月	3,629 円	363 円

(2) 食事 (食材費) (介護保険外)

ご利用者様の身体状況、好みに応じて提供していきます。

配膳・食事時の介助も行います。

食事 (おやつ代含む) 昼食 1 食あたり 800 円

夜食 1 食 580 円 (延長利用時)

(3) キャンセル料 (介護保険外)

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が 必要です。

① ご利用日の前営業日 午後 6 時 00 分までにご連絡いただいた	無料
------------------------------------	----

場合	
② 又は、当日午前 8 時 00 分までに留守番電話にご連絡を頂いた場合	無料

※ご利用日の前日が、当所の休みの日の場合はご注意下さい。

留守番電話にメッセージを入れて下さい。

※区分支給限度額を超えた場合は、超えた額の全額を請求致します。

(4) リハビリパンツ（介護保険外）

リハビリパンツ一枚 150 円での販売

(5) アクティビティーサービス費用は実費

(6) 利用料金の支払方法

毎月 10 日頃に前月分をご請求いたしますので、当月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、現金支払または 銀行払込み、お引き落としにてお願いしております。口座番号は請求書に記載致します。

6. サービスの提供にあたって

(1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

(2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援 が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

(3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（介護予防居宅サービス計画）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画（介護予防・日常生活支援総合事業計画）」（以下「通所介護計画等」という）を作成します。なお、作成した「通所介護計画等」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします

- (4) サービス提供は「通所介護計画」等に基づいて行ないます。なお、「通所介護計画」等は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます
- (5) 通所介護等従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

7. サービスの利用のための留意事項

利用者が機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用することとします。また、体調が思わしくない利用者にはその旨を説明し安全指導を図り、体調の度合いにより、事業所の判断でサービスの提供を中止させていただく場合があります。

8. 緊急時の対応

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

9. 事故発生時の対応

- (1) 事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から5年間保存します。
- (3) 事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. サービス内容に関する相談・苦情

① 当センターご利用者相談・苦情担当

相談・苦情等 窓口担当者（午前 9：00～午後 5：00）	
管理者	日野 直樹
電話番号	03-5638-1820

② 当センター以外に、公的な相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

【市区町村（保険者）の窓口】

江東区役所介護保険課在宅支援係 介護サービス利用相談	電話番号	03-3647-4319
-------------------------------	------	--------------

【東京都国民健康保険団体連合会の窓口】

東京都国民健康保険団体連合会苦情相 談窓口	電話番号	03-6238-0177
--------------------------	------	--------------

1 1. 契約書契約締結日・重要事項説明の年月日

この契約書・重要事項説明の説明年月日	令和	年	月	日
--------------------	----	---	---	---

通所介護等の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〔事業者〕

事業者 株式会社インフレイング
所在地 東京都江東区常盤 1-12-16

事業所 ディサービスどすこい

所在地 東京都江東区常盤 1-12-16

説明者 管理者 日野 直樹 (印)

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護等についての重要事項の説明を受け同意致しました。

〔利用者〕

住 所

氏 名

⑩

〔代筆者〕

住 所

続柄

氏 名

⑩