

通所介護重要事項説明書

社会福祉法人 高森福祉会

1 事業所の概要

事業所名	ケアセンター高森荘
所在地	伊勢原市高森7－806
介護保険事業所番号	神奈川県 1474000112号
提供可能サービス	通所介護、日常生活総合支援事業
管理者・連絡先	高梨 景敦 電話番号：0463-92-7751
サービス提供地域	伊勢原市、厚木市

2 事業所の職員体制等（令和6年4月1日現在の数で、以後増減することがあります。）

職種	従事するサービス種類、業務	人員
管理者	通所介護	1名（常勤）
サービス担当職員	通所介護	29名（常勤2名、非常勤27名）

（注）非常勤の人員にはローテーションによる勤務の人員を含みます。

3 営業時間及び通所介護（日常生活総合支援事業を含む。）の定員

（1）営業時間

区分	平日
営業時間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：30～16：30

（注）土曜日、日曜日、祝日及び年末年始（12/29～1/3）は営業いたしません。

（2）通所介護（介護予防通所介護を含む。）の定員 1日につき30人

4 サービス利用に伴うご利用者負担額

通所介護の **1日当たり** のご利用者負担額（令和6年4月1日現在 処遇改善加算Ⅳは令和6年6月1日以降）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険分 （1割負担分）					
基本利用料	688円	812円	941円	1,069円	1,200円
入浴介助加算（Ⅰ）	42円	42円	42円	42円	42円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	7円	7円	7円	7円	7円
介護職員処遇改善加算Ⅳ	47円	56円	64円	71円	80円
保険分計	783円	916円	1,053円	1,189円	1,325円
その他の費用					
食費	990円	990円	990円	990円	990円
計	1,773円	1,906円	2,043円	2,179円	2,315円

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
保 険 分 (2割負担分)					
基本利用料	1, 3 7 6 円	1, 6 2 4 円	1, 8 8 1 円	2, 1 3 8 円	2, 4 0 0 円
入浴介助加算 (Ⅰ)	8 4 円	8 4 円	8 4 円	8 4 円	8 4 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	1 3 円	1 3 円	1 3 円	1 3 円	1 3 円
介護職員処遇改善加算Ⅳ	9 4 円	1 1 1 円	1 2 8 円	1 4 2 円	1 5 9 円
保険分計	1, 5 6 6 円	1, 8 1 2 円	2, 1 0 5 円	2, 3 7 7 円	2, 6 5 5 円
その他の費用					
食費	9 9 0 円	9 9 0 円	9 9 0 円	9 9 0 円	9 9 0 円
計	2, 5 5 6 円	2, 8 2 1 円	3, 0 9 5 円	3, 3 6 7 円	3, 6 4 5 円

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
保 険 分 (3割負担分)					
基本利用料	2, 0 6 3 円	2, 4 3 6 円	2, 8 2 2 円	3, 2 0 7 円	3, 5 9 7 円
入浴介助加算 (Ⅰ)	1 2 6 円	1 2 6 円	1 2 6 円	1 2 6 円	1 2 6 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	1 9 円	1 9 円	1 9 円	1 9 円	1 9 円
介護職員処遇改善加算Ⅳ	1 4 1 円	1 6 6 円	1 9 2 円	2 1 3 円	2 3 9 円
保険分計	2, 3 4 9 円	2, 7 4 7 円	3, 1 5 7 円	3, 5 6 5 円	3, 9 8 2 円
その他の費用					
食費	9 9 0 円	9 9 0 円	9 9 0 円	9 9 0 円	9 9 0 円
計	3, 3 3 9 円	3, 7 3 7 円	4, 1 4 7 円	4, 5 5 5 円	4, 9 7 2 円

(3) 日常生活総合支援事業 **1ヶ月当たり**のご利用者負担額（令和6年4月1日現在 処遇改善加算Ⅳは令和6年6月1日以降）

	要支援 1	要支援 2
保険分 (1割負担分)		
基本利用料	1, 8 7 9 円	3, 7 8 4 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	2 5 円	2 5 円
介護職員処遇改善加算Ⅳ	1 2 3 円	2 4 6 円
保険分計	2, 0 2 7 円	4, 0 8 0 円
その他の費用		
食費 (1日当たり)	9 9 0 円	9 9 0 円

	要支援 1	要支援 2
保険分 (2割負担分)		
基本利用料	3, 7 5 8 円	7, 5 6 8 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	5 0 円	5 0 円
介護職員処遇改善加算Ⅳ	2 4 5 円	4 9 1 円
保険分計	4, 0 5 3 円	8, 1 6 0 円
その他の費用		
食費 (1日当たり)	9 9 0 円	9 9 0 円

	要支援 1	要支援 2
保険分 (3割負担分)		
基本利用料	5, 6 3 7 円	1 1, 3 5 2 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	7 5 円	7 5 円
介護職員処遇改善加算Ⅳ	3 6 7 円	7 3 7 円
保険分計	6, 0 7 9 円	1 2, 2 4 0 円
その他の費用		
食費 (1日当たり)	9 9 0 円	9 9 0 円

- (注 1) 国が定める介護給付費（介護報酬）の改定等があった場合はご利用者負担額が変更になることがあります。
- (注 2) 円未満斬り捨てて表示しています。端数処理の関係で合計が一致しません。
- (注 3) 前記の他に、日常生活において通常必要なもの（おむつなど）でご利用者のご希望により提供したものについては、実費相当額を申し受けます。
- (注 4) 通常のサービス提供地域以外については、伊勢原市厚木市境を超えた地点から実費の交通費が必要となります。
- (注 5) ご利用者負担額（保険分及び食費）は自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から原則として毎月 2 7 日に引き落とします。）にてお支払いいただきますようお願いします。
- (注 6) 前記のご利用者負担額のうち保険分は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（1 0 割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分を請求することになります。
- ＊ 介護保険以外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、ご利用者の同意を得ることになります。）

5 キャンセル

- (1) ご利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。
- 全体窓口（連絡先）（電話）：0 4 6 3－9 2－7 7 5 1**
- (2) ご利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡下さい。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。（ただし、ご利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）
- (3) キャンセル料は、ご利用者負担額の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 間	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前々日まで	無料	
サービス利用日の前日まで	利用者負担金の 5 0 %	
サービス利用日の当日	利用者負担金の 1 0 0 %	

6 当法人のサービスの方針等

お年寄りが健康で愉快な、充実した生活ができるように努めるとともに、明るく元気なお年寄りの雰囲気家庭に反映させて、介護にあたるご家族の幸せ増進を目指します。

7 相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当法人お客様相談コーナー 相談員（責任者） 高梨景敦 電話 0463(92)7751 FAX 0463(92)7765 対応時間 8:30～17:30

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

伊勢原市介護高齢課 所在地 伊勢原市田中 348 電話 0463(94)4722 F A X 0463(94)2245 対応時間 8:30～17:15

厚木市介護福祉課 所在地 厚木市中町 3-17-17 電話 046(225)2240 F A X 046(224)4599 対応時間 8:30～17:15

（注）土曜日、日曜日、祝日及び年末年始（12/29～1/3）を除く

神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連） 所在地 横浜市西区楠町 27-1 電話 045(329)3447

苦情専用 0570022110 対応時間 8:30～17:15

8 事故時の対応等

（１） サービス提供に際してご利用者のけがや体調の急変があった場合には、ご家族やかかりつけ医への連絡その他適切な措置を迅速に行いす。

（２） 当法人は、サービス提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた 場合には、その損害を賠償します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

9 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人高森福祉会	代表者名	理事長 高梨洋一
本部所在地・電話	伊勢原市高森 7－8 0 6	電話	0 4 6 3 （ 9 2 ） 7 7 5 1 事業所数 1

【 説明確認欄 】

年 月 日

表記により重要事項を説明しました。

事業者	所在地	伊勢原市高森 7－8 0 6
事業者名	社会福祉法人 高森福祉会（ケアセンター高森荘）	
説明者		

表記のとおり重要事項の説明を受け、その内容に同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住 所
	氏 名

代理人又は立会人
住 所
氏 名