

インプルーヴ 梅名の里 利用重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所の名称	インプルーヴ 梅名の里
所在地	静岡県三島市梅名 582 番地の 3
電話番号	055-984-4680
代表者氏名	寺門 厚彦
指定年月日	平成 16 年 4 月 1 日
介護保険事業所番号	2270600444
定員	単独型指定認知症対応型通所介護 21 人
通常の事業の実施地域	三島市

2 運営方針

当事業所では、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、居宅サービス計画に沿った通所介護計画を個別に作成することにより、利用者が必要とするサービスを適切な介護技術をもって提供し、利用者又はその家族に対して、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明するとともに、常に提供したサービスの質の管理、評価を行っていきます。

3 職員の概要

職種	勤務の体制	
管理者	常勤 1 人	
生活相談員	常勤兼務 2 人	非常勤兼務 0 人
機能訓練指導員	常勤専従 0 人	非常勤兼務 2 人
看護師若しくは介護職員	常勤兼務 2 人 常勤専従 2 人	非常勤専従 2 人 非常勤兼務 2 人

4 サービス提供日及び提供時間

サービス提供時間	9 : 00 ~ 16 : 05
営業をしない日	日曜日・年末年始 (但し、臨時の営業日・休業日を設けることがある。この場合、利用者等及び関係各所へ相当期間の猶予をおき、文書等による事前通知をもって実施するものとする。)

5 サービス内容

- ① 通所介護計画の立案
  - ② 送迎
  - ③ 入浴 (一般浴槽のほかにリフト付き浴槽もあります。)
  - ④ 機能訓練
  - ⑤ 生活相談
  - ⑥ その他
- ※ 昼食に関してはお弁当を取り寄せて対応いたします。

## 6 利用料金

### (1) 基本料金

要介護度	単独型認知症対応型 7時間以上8時間未満				合計単位数①
	基本サービス費	サービス提供 体制強化加算 (I)	個別機能訓練 加算 (I)	入浴 (I)	
要介護1	994 単位	22 単位	27 単位	40 単位	1,083 単位
要介護2	1,102 単位	22 単位	27 単位	40 単位	1,191 単位
要介護3	1,210 単位	22 単位	27 単位	40 単位	1,299 単位
要介護4	1,319 単位	22 単位	27 単位	40 単位	1,408 単位
要介護5	1,427 単位	22 単位	27 単位	40 単位	1,516 単位

※個別機能訓練加算 (II) が月 20 単位加算されます。

※口腔・栄養スクリーニング加算 (I) が 6 月ごと 20 単位加算されます。

※科学的介護推進体制加算が月 40 単位加算されます。

※40 歳以上 65 歳未満の方は、若年性認知症利用者受入加算が 1 日につき 60 単位が加算されます。

※合計単位数①に上記を加算したものを合計単位数②とし、合計単位数②に介護職員等処遇改善加算 (I) 18.1%を掛けた単位数に、10.17 円 (三島市は地域区分が「7 級地」) を掛けた金額が料金となっています。なお、自己負担は、介護保険負担割合証に応じた額です。

※上記料金は、1 回あたりの目安を表示したものです。ただし、実際は 1 ヶ月の合計で計算しますので、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

※介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担になります。

※当施設が送迎を行わない場合、片道 47 単位が減算されます。

※通常提供時間 (7 時間以上 8 時間未満) より短時間の利用にも対応しております。短時間利用の基本単位は下記の通りです。

要介護度	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満
要介護1	858 単位	880 単位
要介護2	950 単位	974 単位
要介護3	1,040 単位	1,066 単位
要介護4	1,132 単位	1,161 単位
要介護5	1,225 単位	1,256 単位

### (2) その他の料金

物品名	単価
お弁当代	590 円 (別途消費税)
紙オムツ代	150 円
紙パンツ代	170 円
パット代	55 円

### (3) 支払方法

毎月 17 日頃までに、前月分の請求書を発行します。その月の 27 日に引き落としをいたします。引き落としができましたら翌月の請求時に領収書を発行いたします。



当事業者は、指定認知症対応型通所介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所	所在地	静岡県三島市梅名 582 番地の 3
	名 称	インプルーヴ 梅名の里
	管理者	稲垣 英訓
	電 話	0 5 5 - 9 8 4 - 4 6 8 0

説明者	職 名
	氏 名

私は、指定認知症対応型通所介護を利用するにあたり、事業者から重要事項の説明をうけ、サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

電 話 \_\_\_\_\_

身元引受人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

電 話 \_\_\_\_\_