デイサービスセンターこころ（通所介護、介護予防通所介護、通所型サービス）重要事項説明書

当事業所が提供するサービスについての相談窓口 電話番号　０２６８－６４－０５５６　（受付時間　月曜日～土曜日　9時～５時） 担　当　　桑名　智子　・市村祐太　・西澤　亜矢

１．デイサービスセンターこころの概要

（1）事業所の名称、所在地等

事業所名	デイサービスセンターこころ
所在地	長野県東御市祢津１０９８－1
介護保険事業所番号	２０７２２００３４４
通常の事業の実施地域	東御市、上田市、小諸市

＊上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（2）同事業所の職員体制

区分		資格	常勤	非常勤	計
管理者		介護福祉士	１名		１名
生活相談員		介護福祉士	2名（内１名介護職兼務）	1名（介護職兼務）	３名
機能訓練指導員		看護師（兼務） 理学療法士	1名 1名	1名	2名 1名
介護・看護職等	看護師（兼務）		1名	1名	2名
	介護福祉士		2名（内１名相談員兼務）	2名（相談員兼務）	3名
	介護職員初任者研修修了者		3名		
	その他			4名	4名

（3）同事業所の設備の概要

定員	30名	静養室	1室　６床
食堂・機能訓練室	１室 141．814 ㎡	ﾃﾞｨ事務室	１室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	相談室	１室
		送迎車	あり

（4）営業日、営業時間

営業日	月曜日～日曜日
営業時間	午前８時30分～午後５時30分

＊　緊急連絡電話　０２６８－６４－０５５６

２．サービス内容

① 送迎
② 食事
③ 入浴
④ 機能訓練
⑤ 生活相談　等

３．料金

①事業対象者の方の料金（介護予防通所、通所型サービス介護利用料）東御市、上田市、小諸市

イ．＜共通的サービス＞　　　＊定額制にて、送迎・入浴料金を含みます

該当区分	１月あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額
要支援１・事業対象者	￥17,980	￥1,798
要支援２・事業対象者	￥36,210	￥3,621

＜サービス提供体制強化加算＞

該当区分	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
要支援１・事業対象者	¥88	¥72	¥24
要支援２・事業対象者	¥176	¥144	¥48

ロ．＜選択的サービス＞　　　＊利用料金には下記の加算等がかかります

加算区分	１月あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額
①一体的サービス提供加算	￥4,800	￥480
②栄養改善加算	￥2,000	￥200
③栄養アセスメント加算	￥ 500	￥ 50
④口腔機能向上加算(Ⅰ)	￥1,500	￥150
⑤口腔機能向上加算(Ⅱ)	￥1,600	￥160
⑥生活機能向上連携加算(Ⅰ)	￥1,000	￥100
⑦生活機能向上連携加算(Ⅱ)	￥2,000	￥200
⑧口腔･栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	￥ 200	￥ 20
⑧口腔･栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	￥ 50	￥ 5
⑨科学的介護推進体制加算	￥ 400	￥ 40
⑩生活機能向上グループ活動加算	￥1,000	￥100

ハ．＜介護職員処遇改善加算＞

Ⅰ	上記単位総数の９．２％に相当する単位
Ⅱ	上記単位総数の９．０％に相当する単位
Ⅲ	上記単位総数の８．０％に相当する単位
Ⅳ	上記単位総数の６．４％に相当する単位

ニ．食事料金は一食当たり全額自己負担で￥600 です
※利用料は、イ、ロ、ハ、ニ　より算定された金額となります。

②要介護の方の料金（通所介護利用料）

イ．＜共通的サービス＞　　　　　　　　　　　＊送迎料金を含みます

該当区分	１日あたりの利用料金					
利用時間	3~4 時間	4~5 時間	5~6 時間	6~7 時間	7~8 時間	8~9 時間
要介護１	￥３７００	￥３８８０	￥５７００	￥５８４０	￥６５８０	￥６６９０
要介護２	￥４２３０	￥４４４０	￥６７３０	￥６８９０	￥７７７０	￥７９１０
要介護３	￥４７９０	￥５０２０	￥７７７０	￥７９６０	￥９０００	￥９１５０
要介護４	￥５３３０	￥５６００	￥８８００	￥９０１０	￥１０２３０	￥１０４１０
要介護５	￥５８８０	￥６１７０	￥９８４０	￥１００８０	￥１１４８０	￥１１６８０
該当区分	介護保険適用時の１日あたりの自己負担額					
利用時間	3~4 時間	4~5 時間	5~6 時間	6~7 時間	7~8 時間	8~9 時間
要介護１	￥３７０	￥３８８	￥５７０	￥５８４	￥６５８	￥６６９
要介護２	￥４２３	￥４４４	￥６７３	￥６８９	￥７７７	￥７９１
要介護３	￥４７９	￥５０２	￥７７７	￥７９６	￥９００	￥９１５
要介護４	￥５３３	￥５６０	￥８８０	￥９０１	￥１０２３	￥１０４１
要介護５	￥５８８	￥６１７	￥９８４	￥１００８	￥１１４８	￥１１６８

※2～3 時間の方は 4～5 時間の料金×70％の金額になります。
※上記の表は１割負担の方の負担額です。

＜サービス提供体制強化加算＞

サービス提供体制強化加算Ⅰ	￥２２
サービス提供体制強化加算Ⅱ	￥１８
サービス提供体制強化加算Ⅲ	￥　６

ロ．＜選択的サービス＞　　　　　　　　　　※　利用料金には下記の加算等がかかります

加算区分	１日あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額
・入浴介助加算（Ⅰ）	￥400	￥40
・入浴介助加算（Ⅱ）	￥550	￥55
・個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	￥560	￥56
・個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	￥760	￥76
・個別機能訓練加算（Ⅱ）	￥200／月	￥20
・認知症加算	￥600／日	￥60

ハ．＜介護職員処遇改善加算＞

Ⅰ	上記単位総数の９．２％に相当する単位
Ⅱ	上記単位総数の９．０％に相当する単位
Ⅲ	上記単位総数の８．０％に相当する単位
Ⅳ	上記単位総数の６．４％に相当する単位

ニ．食事料金は一食当たり全額自己負担で￥600です
※利用料は、イ、ロ、ハ、ニ　より算定された金額となります。
※口腔機能向上加算と栄養ケアマネージメント加算は月２回までです。
その他、レクリエーションにかかる費用などは自己負担となります。

（２）延長利用料金
利用時間外での延長を希望される場合、介護保険制度に則り１時間毎の延長料金となります。

（３）キャンセル料
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かかります。

ご利用日の前日午後５時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日午前８時３０分までにご連絡いただいた場合	￥600（食費分）
ご利用日の当日午前８時３０分までにご連絡がなかった場合	１日の利用料の５０％及び ￥600（食費分）

＊やむを得ない事情の場合は、この限りではありません。

（４）支払方法
毎月、１０日までに前月分の請求をいたしますので、２０日までにお支払いください。
お支払いいただきますと、領収書を発行します。
お支払方法は、口座引き落とし、銀行振込、現金集金のいずれかからご契約の際に選べます。

○サービスの概要と利用料金
①遠方移送に係る交通費について
東御市外の病院へ、入居者の希望のための移送を行う場合の交通費として以下の通り実費相当額をご負担頂きます。
施設～病院までの往復距離　×　100円

②理髪・美容サービス
２か月に１回、理容師・美容師による出張理髪サービスをご利用頂けます。
利用料金：１回あたり　２，０００　円　（カラー・パーマ別途）

③レクリエーション、クラブ活動
ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂けます。
・利用料金：その都度必要とされた、材料代等の実費を頂きます。
・その他詳細については、別紙の事業計画書を参考にして下さい。

④通信費
請求書等をご家族へ送付する際の切手代金等実費相当分をご負担頂きます。

４．　当事業所の通所介護サービスの特徴等

（1）　運営方針

当事業所の生活相談員等は、お客様が要介護状態等となった場合でも、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日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護、その他の生活全般にわたる援助を行う。

事業の実施にあたっては、市町村、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。

（2）　サービス利用のために

事項	有無	備考
男性介護職員の有無	○	
時間延長の可否	○	早朝８：００～・延長～１９：００
従業員への研修の実施	○	資質の向上のため随時実施しています。
サービスマニュアルの作成	○	

５．　緊急の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡します。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

６．　非常災害対策

地域のみなさんと連携をとり実施しています。

７．　サービス内容に関する相談・苦情

①当事業所ご利用お客様相談・苦情担当

電話番号　０２６８－６４－０５５６　(受付時間　月曜日～日曜日　9時～17時)

担　当　　桑名　智子　・市村祐太　・西澤　亜矢

②その他
当社以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
市町村名　東御市（高齢者対策係）　電話番号　０２６８－７５－５０９０
長野県国民健康保険連合団体　電話番号　０２６－２３８－１５８０
ちいさがた福祉会第三者委員　吉澤健二様　電話番号　０２６８－６７－２６７８

８．第三者評価の受審状況について
介護老人福祉施設こころでは、第三者評価からの受審について　　月　　日　現在
〇受審して（　おります　・　おりません　）
〇受審している場合の状況は、以下の通りです。
①　直近実施日　：　　年　　月　　日
②　評価機関の名称　：
②　評価結果の開示状況　：　開示状況　あり　・　なし

9.当社の概要

名称・法人種別	社会福祉法人ちいさがた福祉会
代表者役職・氏名	理事長　太　田　心　平
本社所在地	長野県東御市常田２－１
電話番号	０２６８－６４－７２００
定款の目的に定めた	
	１.特別養護老人ホーム事業
	２.老人デイサービス事業
	３.老人短期入所事業
	４.老人居宅介護等事業
	５.認知症対応型共同生活介護事業
	６.障害福祉サービス事業
	７.地域活動支援センター
	８.特定相談支援事業
	９.その他これに付随する事業
	１０.その他

契約をする場合は以下の確認をすること

令和　　年　　月　　日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

説明者
所属　デイサービスセンターこころ

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

私は、契約書及び本書面に基づいて、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者
住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（代理人）
住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

請求書及び領収書の送付先
住所

氏名