

フォーレストデイサービスセンター（通所介護）重要事項説明書

（令和7年12月1日現在）

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 0268-64-7200 (受付時間 月曜日～土曜日 9時～17時)
担当 森島 邦子 赤尾 美幸

1. フォーレストデイサービスセンターの概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	フォーレストデイサービスセンター
所在地	長野県東御市常田2番地1
介護保険事業所番号	2072200468
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（各単位）

区分	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名		1名
生活相談員		2名		2名
機能訓練指導員		1名	3名	4名
事務職員				
介護	看護師	1名		1名
・	准看護師	1名	2名以上	3名
看護職員	介護福祉士	2名		2名
	認知症実践者研修修了者	2名		2名
	実務者研修修了者	1名		1名
	初任者研修終了者			

(3) 同事業所の設備の概要（全館禁煙）

定員	(一般型) 40名	静養室	(一般型) 3床
食堂・機能訓練室	(一般型) 1室 147.73m ²	相談室	各1室
浴室	一般浴槽・機械浴槽・特殊浴槽があります。	送迎車	7台

(4) 営業日、営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分

※緊急連絡電話 0268-64-7200

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
- ⑥ レクリエーション・行事 等

3. 料金

(1) 利用料金(一般型)

・デイサービス利用料

該当区分	1日あたりの利用料金(1割負担時)					
	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	3,700円	3,880円	5,700円	5,840円	6,580円	6,690円
要介護2	4,230円	4,440円	6,730円	6,890円	7,770円	7,910円
要介護3	4,790円	5,020円	7,770円	7,960円	9,000円	9,150円
要介護4	5,330円	5,600円	8,800円	9,010円	10,230円	10,410円
要介護5	5,880円	6,170円	9,840円	10,080円	11,480円	11,680円
該当区分	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(1割負担時)					
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円	388円	570円	584円	658円	669円
要介護2	423円	444円	673円	689円	777円	791円
要介護3	479円	502円	777円	796円	900円	915円
要介護4	533円	560円	880円	901円	1023円	1041円
要介護5	588円	617円	984円	1008円	1148円	1168円
選択的サービス	1日あたりの利用料金(1割負担時)			介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
入浴介助加算Ⅰ	400円			40円		
入浴介助加算Ⅱ	550円			55円		
個別機能訓練加算Ⅰ(イ)	560円			56円		
個別機能訓練加算Ⅰ(ロ)	760円			76円		
個別機能訓練加算Ⅱ	200円			20円		

中重度者ケア体制加算	450 円	45 円
認知症加算	600 円	60 円
栄養改善加算	2000 円	200 円
栄養アセスメント加算	500 円	50 円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	6 月に 1 回を限度 1 回 200 円	20 円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	月 2 回を限度 1 回 1,500 円	150 円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	月 2 回を限度 1 回 1,600 円	160 円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	3 月に 1 回を限度 1 回 1,000 円	100 円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2,000 円	200 円
ADL 維持等加算（Ⅰ）	300 円／月	30 円／月
ADL 維持等加算（Ⅱ）	600 円／月	60 円／月
サービス体制強化加算（Ⅰ）	220 円	22 円
サービス体制強化加算（Ⅱ）	180 円	18 円
サービス体制強化加算（Ⅲ）	60 円	6 円
科学的介護推進体制加算	400 円	40 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数×92/1000	
介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数×90/1000	
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数×80/1000	
介護職員処遇改善加算Ⅳ	所定単位数×64/1000	

・昼食代 一食あたり 700 円（全額自己負担）

※その他、おむつ代、レクリエーション(費用が大幅にかかる際)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、30分を超えてご希望される場合、利用料金をご契約の利用時間で除した金額を頂きます。なお、延長料金は30分毎計算します。

（3）キャンセル料

お客様の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3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	700 円（食費自己負担分）
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 700 円（食費自己負担分）

（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。

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出来るよう、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 8:30~、延長~5:30(30分毎)
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態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。

6. 虐待防止に関する事項

- (1) 事業者は、利用者の虐待防止、差別の禁止その他人権の擁護のため、次の措置を講ずるものとする
- (2) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- (3) 成年後見制度の利用支援
- (4) 苦情解決体制の整備
- (5) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
- (6) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的にかいさいするとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る
- (7) 虐待または虐待が疑われる事案が発生した場合、再発の確実な防止対策を講じるとともに市町村へ報告する

7. BCP 業務継続計画

別紙参照

8. 非常災害対策

地域の皆さんと連携をとり実施しています。

9. 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 0268-64-7200 (受付時間 月曜日～土曜日 9時～17時)
担当 森島 邦子 赤尾 美幸

②行政機関その他苦情受付機関

東御市高齢者係	電話番号 0268-75-5090
国民健康保険団体連合会	電話番号 026-238-1580
その他各市町村介護保険担当課	各電話番号 上田市 22-4100 小諸市 0267-22-1700
長野県福祉サービス適正化委員会	電話番号 0120-28-7109

10. 第三者評価の受審状況について

通所介護事業所 フォーレストでは、第三者評価機関からの受審について
年 月 日 現在 受審して（あります おりません）

受審している場合の状況は以下の通りです。

① 実施日 : _____年 _____月 _____日

② 評価機関の名称 : _____

③ 評価結果の開示状況 : 開示状況 あり ・ なし

11. 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	長野県東御市祢津351-1
電話番号	0268-63-6660
定款の目的に定めた	1、介護老人福祉施設こころ
事業及び事業所数	2、介護老人福祉施設フォーレスト 3、共生型短期入所生活介護事業（こころ併設） 4、共生型短期入所生活介護事業（フォーレスト併設） 5、通所介護事業（こころデイサービスセンター） 6、通所介護事業（フォーレストデイサービスセンター） 7、認知症対応型共同生活介護事業（グループホーム フォーレスト） 8、小規模多機能型居宅介護事業所（和光） 9、小規模多機能型居宅介護事業所（ともがき） 10、住宅型有料老人ホーム（ともがき） 11、居宅介護支援事業（相談室こころ） 12、その他これに付随する業務 13、ちいさがたの家訪問看護ステーション

12. 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 フォーレストディサービスセンター

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。

契約者住所

氏名 印

上記代理人（代理人を選任した場合）
住 所

氏名 印

立会人
住 所

氏名 印

請求書及び領収書の送付先
住 所

氏名