

指定通所介護（デイサービス）重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。

（長野県指定第2072300193号）

当事業所は利用者に対して指定通所介護サービス（デイサービス）を提供します。

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当サービスの利用者は、原則として要介護認定結果「要支援」「要介護」「事業対象者」と認定された方が対象となります。

要介護認定をまだ受けてない方でもサービスの利用は可能ですが、できるだけ早く要介護認定を受けてください。

一 事業者

- | | |
|----------|---------------------------------------|
| （１）法人名 | 社会福祉法人 原村社会福祉協議会 |
| （２）法人所在地 | 長野県諏訪郡原村 6 6 4 9 - 3
(原村地域福祉センター内) |
| （３）電話番号 | 0 2 6 6 - 7 9 - 7 2 2 8 |
| （４）代表者氏名 | 会長 小林 庄三郎 |
| （５）設立年月日 | 平成元年 5 月 2 9 日 |

二 事業所の概要

- | | |
|--------------|--|
| （１）事業所の種類 | 指定通所介護事業所（デイサービス） |
| （２）事業の目的 | 指定通所介護は、介護保険法令に従い、利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、通所介護サービスを提供します。 |
| （３）事業所の名称 | 原村デイサービスセンター
平成12年1月31日 指定
長野県第2072300193号 |
| （４）事業所の所在地 | 長野県 諏訪郡 原村 6 6 4 9 - 3 |
| （５）電話番号 | 0 2 6 6 - 7 9 - 7 0 9 2 |
| （６）事業管理者 | 菊池 しおり |
| （７）事業所の運営方針 | 当事業所では、長年にわたり原村デイサービスを実施しておりますのでその経験を生かしながら地域の実情に合致したサービスを提供いたします。 |
| （８）事業所の開始年月日 | 平成6年7月1日 |

(9) 通常の事業の実施地域 原村の地域全般

(10) 営業日及び営業時間

営業日	月～土 ただし12/31から1/3まではお休み
受付時間	月～土 8:30～17:30
サービス提供時間	月～土 9:20～16:30 (時間延長8:00～23:30)

(11) 利用定員 29人

三 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

□ 主な職員の配置状況 (職員配置については指定基準を遵守しています)

職 種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	
1 管理者	1		1	1	
2 生活相談員	2	2	1	1	
3 介護職員	2	3	3	3	
4 看護職員	1	2	1	1	
5 機能訓練指導員	1	2	1	1	
6 栄養士		1	0.7		
7 調理員		3	1		

常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延べ時間の総数を、当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(週40時間)で除した数です。

□ 主な職種の勤務時間

職 種	勤 務 体 制
1 介護職員	勤務時間 通常8:30～17:30 (延長8:00～23:30)
2 看護職員	勤務時間 8:30～17:30

四 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します

□ 当事業者が提供するサービスについて

- | |
|---------------------------|
| (1) 利用料が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料の全額を利用者に負担いただく場合 |

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

入浴：入浴又は清拭を行います。寝たきりの方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

排泄：利用者の排泄の介助を行います。

[サービス利用料金 (1 回当たり)]

下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額 (自己負担額) をお支払いください。

(このサービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります)

自己負担額は原則として負担割合証に記載のとおりです (1 割 ~ 3 割)

ただし、介護保険の限度額を超えてサービスを利用する場合超えた額の全額をご負担いただきます。

通常規模通所介護 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

通常当事業所は上記の時間でのサービス提供をおこなっています。

区分	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6,580 円	7,770 円	9,000 円	10,230 円	11,480 円
負担割合 1 割の方 自己負担額	658 円	777 円	900 円	1,023 円	1,148 円

第 1 号通所事業の利用の上限

- ・ 要支援 1・事業対象者の場合 1,798 単位 (17,980 円 / 月)
 負担割合 1 割の方 自己負担額 1,798 円
- ・ 要支援 2・事業対象者の場合 3,621 単位 (36,210 円 / 月)
 負担割合 1 割の方 自己負担額 3,621 円

【加算・減算】

種類	加算単位数
送迎減算 (片道)	- 4 7 単位
入浴介助加算 (1 日当たり)	4 0 単位 (要介護者のみ)
介護職員処遇改善加算	厚生労働省の定めに則る (加算区分変更による変動あり)
介護職員等特定処遇改善加算	
サービス提供体制加算	
科学的介護推進体制加算	
ベースアップ等支援加算	

- 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)
また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。
償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- 利用者に提供する食費は別途いただきます。(下記(2) 参照)
- 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは利用料金の全額が利用者の負担となります。

□ サービスの概要と利用料金

食事の提供

契約者に提供する食事に係る費用です

料金：1回当たり720円

(キャンセルは利用日当日10時までをお願いいたします。)

お休みの連絡が10時を過ぎると昼食代をいただきます。)

通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施区域外の地区にお住まいの方で当事業所のサービスを利用される場合は、通常の事業実施区域を越えた所からお住まいまでの間の送迎費用をいただきます

料金：1km 当たり50円

日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で利用者にご負担いただくことが適当であるものに係る費用をご負担いただきます。

- * 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

*

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は1ヶ月毎に計算しご請求しますので翌月25日までに次のいずれかの方法でお支払いください。

(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は利用日数に基づいて

計算した金額とします。)

ア 下記指定口座への振込み

信州諏訪農業協同組合 原村支所
普通口座番号 6037089

イ 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関 信州諏訪農業協同組合 原村支所

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。
この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良など正当な事由がある場合はこの限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担額相当額)

サービス利用の変更・追加の申し出に対して事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合は他の利用可能日時を提示して協議します。

五 緊急時の対応

当事業所は、現に通所介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変、事故等が生じた場合その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます

六 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所に対する苦情や相談は、次の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口

原村デイサービスセンター

電話 7 9 - 7 2 2 8

管理者 菊池しおり

○ 受付時間

毎週月曜日から金曜日（祝日は除く）

午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

原村地域包括支援センター	原村中新田 1 3 2 2 0 - 1 老人保健施設さくらの内 電話 7 0 - 1 2 0 0 FAX 7 0 - 1 2 2 3
長野県国民健康保険 団体連合会	長野市西長野 1 4 3 - 8 長野県自治会館 電話 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 5 5

受付時間はいずれも月曜日から金曜日（祝日は除く）

午前 8 時 30 分から
午後 5 時 30 分

七 福祉サービス第三者評価について

第三者評価の実施をしています

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

原村デイサービスセンター

管理者・説明者 菊池 しおり

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

氏 名

（代理人住所）

（代理人氏名）