通所介護事業重要事項説明書

（令和　　年　　月　　日現在）

１．ご利用の事業所の概要

（１） 名称等

・名　　称　　デイサービスセンター花しょうぶ
・所　在　地　　中津市大字下池永２２７番地１
・電　　話　　０９７９－２２－４１６５
・Ｆ　Ａ　Ｘ　　０９７９－２２－４１７０
・管理者の名前　　小野　香織
・事業者指定番号　　4470301062

（２） サービス提供地域（通常の送迎地域）

・中津市、宇佐市、豊前市、上毛町、吉富町

(3)営業体制

・サービス提供時間　：月・火・水・木・金・土曜日　　９時～１６時３０分
・お休み：日曜日・年末年始（１２月３１日～１月３日）

（４）職員体制

資格		常勤	非常勤	計
管理者		(1)		1
生活相談員		(2)		2
機能訓練指導員		(1)	(1)	2
介護看護職員	看護師			
	准看護師	(1)	(1)	2
	介護福祉士	3 (2)		5
	その他	2	1	3

（ ）はうち数で兼務職員

（４）設備概要

定　員	３０名	静養室	１室
食堂及び活動室	９８．４４㎡	相談室	１室
浴　室	一般浴槽　特殊浴槽	送迎車	２台

２．サービス内容

種　類	内　　容
送　　迎：	自宅～事業所間
食　　事：	栄養士が作成する献立を料理します。
入　　浴：	毎日入浴介助を行います。
機能訓練：	機能訓練指導員による身体機能訓練を行います。
ｱｸﾃｨﾋﾞﾃｨ：	集団的にレクリエーションや作業療法を行います。

３．利用料金等

[総合事業]

① 利用料金

サービス名称	対象	サービス内容	算定単位
通所型サービス１	事業対象者、	週一回程度の通所が必要と	1798 単位/月
	要支援１	された方に対する包括的支援	
通所型サービス２	事業対象者、	週二回程度の通所が必要と	3621 単位/月
	要支援２	された方に対する包括的支援	

② 減算

以下の要件を満たす場合、上記の部分に以下の算定単位が減算されます。

サービス名称	対象	減算内容	算定単位
通所型サービス１	事業対象者、	同一建物減算１	376 単位/月
	要支援１		
通所型サービス２	事業対象者、	同一建物減算２	752 単位/月
	要支援２		

[通常型通所介護費]

① 利用料金（1 日当たりの介護保険 1 割負担分）　基本料金表

介護度	7～8 時間未満	6～7 時間未満	5～6 時間未満	4～5 時間未満	3～4 時間未満
要介護１	658 単位	584 単位	570 単位	388 単位	370 単位
要介護２	777 単位	689 単位	673 単位	444 単位	423 単位
要介護３	900 単位	796 単位	777 単位	502 単位	479 単位
要介護４	1023 単位	901 単位	880 単位	560 単位	533 単位
要介護５	1148 単位	1008 単位	984 単位	617 単位	588 単位

② 加算料金（介護保険１割負担）

各種加算	基本料金
(1) 入浴介護加算	（Ⅰ）40 単位（1 日あたり）（Ⅱ）55 単位（1 日あたり）
(2) 個別機能訓練加算	Ⅰ(イ)56 単位（1 日あたり） Ⅰ(ロ)85 単位（1 日あたり）
	Ⅱ 20 単位(1 日あたり)
(3)サービス提供体制加算Ⅲ	6 単位(1 日あたり)
(4)科学的介護推進体制加算	40 単位(1 月あたり)
(5) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	9.0%

・お支払いいただく各サービス利用料の単価は、上記の通りです。
介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者に支払われない場合は、いったん介護保険適応外の場合の料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

・サービス提供証明書を後日、中津市の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

（3）その他の費用

下記の費用はご利用者の負担となります。

送迎代	実施区域外のみ自費を頂きます（別紙料金表通り）
食材料費	一回当たり ５６５円
おむつ代	実費（紙パンツ９５円、尿取りパット１５円）
レクリエーション代	レクリエーションに必要な代金

キャンセル料

急なキャンセルの場合は下記の料金をいただきます。
キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。

・ご利用日の前の営業日の１７時までにご連絡をいただいた場合	無　料
・ご利用日の当日８時までにご連絡をいただいた場合	当該料金の６０％
・ご利用日の当日８時までにご連絡がなかった場合	当該料金の１００％

（４）介護保険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み、介護保険外のサービスとなる場合には、全額自己負担となります。

（５）支払い方法

利用料金は、利用月毎の月払いといたします。

毎月、料金の明細を付した領収証を発行いたします。

上記の支払い方法を原則とします。

４．健康上の理由による中止

(1)風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。

(2)当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、又はご利用中に体調が悪くなった場合、サービスの変更、又は中止を行うことがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等、の措置を講じます。

＊　サービスを中止した場合、同月内であって、デイサービスの定員に余裕があれば、ご希望の日に振り返ることができます。

５．サービス方針

（理念）ノーマライゼーションと人権尊重の理念を基に、ご利用者様一人一人の必要に応じた質の高いサービスが提供できるように努めます。

６．緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合、事前の打ち合わせにより、医師、救急

隊、家族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	TEL
ご家族	氏名	
	連絡先	TEL

＜協力病院＞

中津第一病院	０９７９－２３－１１２３
宮本整形外科	０９７９－２５－０３８０
のぞみ歯科	０９７９－４３―６６３０
ふるかわﾒﾃﾞｨｶﾙｸﾘﾆｯｸ	０９７９－２４－４１６０

７．非常災害対策

・ 防災の対応：消防計画に基づき、速やかに消火活動に努めるとともに、緊急連絡網により、関係機関、医師、ご家族、職員に連絡します。

・ 防災設備：防火管理者を選任し、消火設備、必要設備を設けます。

・ 防災訓練：消防法に基づき、消防計画を立て、職員及び利用者が参加する消火通報、非難訓練を、年間計画で実施します。

・ 防災責任者：　小野　香織

８．サービス内容に関する苦情

（１） 当施設の相談・苦情対応窓口

担　　当：小野　香織
電　　話：０９７９－２２－４１６５
ＦＡＸ：０９７９－２２－４１７０
対応時間：月曜日～土曜日　９時～１７時

（２） その他

当施設以外に、中津市、及び大分県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

・中津市介護長寿課　　０９７９－２２－１１１１（代）

・大分県国民健康保険団体連合会　　０９７－５３４－８４７０

９．当法人の概要

・法人の名称　　株式会社　ケーシーシー

・所　在　地　　豊後大野市三重町市場１８７番地２

・電　　話　　０９７４－２４－００３３

・Ｆ　Ａ　Ｘ　　０９７４－２４－００３４

・代　表　者　　塚本　秀樹

令和　　年　　月　　日

通所介護事業の提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

＜事業者＞　大分県豊後大野市三重町市場１８７番地２

株式会社　ケーシーシー　　印

＜現在地＞　大分県中津市大字下池永２２７番地１

＜名　称＞　デイサービスセンター花しょうぶ

＜説明者＞　役　職　　管理者

氏　名　　小野　香織

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

利用者（代理人）

＜住所＞

＜氏名＞　　印

代筆

利用者家族

＜住所＞

＜氏名＞　　印