

デイサービス コミュニティ一万年青

地域密着型 通所介護 重要事項説明書

1. 事業者

(1) 法人名 NPO 法人ライフサポート 3 9 丹沢
 (2) 法人所在地 神奈川県秦野市曾屋 1 3 3 8 - 1
 (3) 電話番号 0 4 6 3 - 7 1 - 5 5 8 3
 (4) 代表者氏名 理事長 飯田 力

事業所の名称 デイサービス コミュニティ一万年青

事業所の所在地 神奈川県秦野市曾屋 1 3 3 8 - 1

事業所番号 1 4 7 2 8 0 1 9 2 5

電話番号 0 4 6 3 - 7 1 - 5 6 2 8

FAX番号 0 4 6 3 - 7 1 - 5 5 8 3

管理者 飯田 力

利用定員 1 日あたり 1 5 名

ご利用可能設備等 機能訓練室 45.12 m²

相談室 1 室
 送迎車 4 台
 静養室 1 室

サービス内容 通所介護計画に沿って、送迎・機能訓練・その他必要な介護等を行います。

2. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 秦野市全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月、火、水、木、金、土	12/30～1/1, 2, 3, 4 以外
営業時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0	
サービス提供時間	9 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0	

3. 契約対象者について

当事業所の契約者の対象者は原則、認定区分が要支援 1、要介護 1～5 の方が対象となります。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご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。

R6年03月現在

職種		指定基準
管理者	1名	1名
生活相談員	2名	1名
介護職員または看護職員	8名	1名
機能訓練指導員（看護職員と兼務）	4名	1名
柔道整復師(常勤) あんまマッサージ師	3名	

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金の9割が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の8割が介護保険から給付される場合
- (3) 利用料金の7割が介護保険から給付される場合
- (4) 利用料金の全額をご契約者にご負担いただく場合

があります。

（1）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

下記の料金表によって、ご契約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額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

〈1回あたりのサービス利用料金〉

区分・内容	利用料金（一回あたりの自己負担額）
要介護 1	753 単位 773 円/日
要介護 2	890 単位 914 円/日
要介護 3	1032 単位 1060 円/日
要介護 4	1172 単位 1204 円/日
要介護 5	1312 単位 1347 円/日

令和6年度介護報酬改定により上記の通り、令和6年4月より御利用料金の変更を行います。何卒よろしくお願ひいたします。

*令和6年3月末までは旧料金体系となります。

〈サービスの概要〉

入浴

- ・一人用一般浴槽にてご契約者の状況に応じた適切な介助をさせていただきます。

機能訓練

- ・機能訓練指導員・看護師及び担当者(公文学習療法実践士)により、ご契約者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。

送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
※ 料金は利用料金に含まれています。
※ ご利用者様及びご家族の都合、その他諸事情により事業所から送迎を行わなかつた場合、利用料金から所定の単位を減額させていただきます。

屋外でのサービス提供

- ・当事業所では希望される方に対して屋外でのサービスの提供を実施しています。
実施に当たっては神奈川県で定められている以下の要件を満たして十分安全に配慮して行っています。
 - 1、あらかじめ通所介護計画に位置付けられている事。
 - 2、効果的な機能訓練等のサービスが提供出来る事。

その他じりつ(自立・自律)への支援

- 教養、趣味、娯楽などの活動をしていただく機会を作るよう配慮します。
- ご契約者及びそのご家族の介護等に関する相談や助言を行います。
- ご契約者の通所介護計画により、下記の表の自己負担額が加算されます。

◎加算対象サービス

以下のサービスを利用される場合には、それぞれ料金が上記に加算されます。

① 入浴加算

一人用浴槽にて、ご契約者の状況に応じた適切な介助を行った場合下記の料金が加算されます。

自己負担額	通所介護 40 単位/日	41 円/日
-------	--------------	--------

② 個別機能訓練加算（I-イ）

看護師及び機能訓練指導員により、ご契約者個々の心身等の状況に適切に対応するため、個別の計画を作成して日常生活を送るのに必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を実施した場合 下記の料金が加算されます。

自己負担額	通所介護 56 単位/日	58 円/日
-------	--------------	--------

③ 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症（40歳以上65歳未満）のご契約者に対するサービスとして、アクティビティや創作的活動等をご契約者の特性やニーズに応じてプログラムを提供した場合 下記の料金が加算されます。

自己負担額	通所介護	62 円/日
-------	------	--------

④ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）令和6年6月から

従来の介護職員処遇改善加算と介護職員等ベースアップ等支援加算が令和6年介護報酬改定などにより見直しが行われ一本化されました。

※介護職員処遇改善加算（Ⅲ）の自己負担額は、基本料金と各種加算料金の合計に8.0%を乗じて計算されます。従って、介護度別の基本料金や上記加算の算定の有無によって変わります。

☆ご契約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いったんお支払いいただきます。要支援又は要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。又、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、ご契約者が保険給付の申請を行う為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。

☆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ご契約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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

食費

ご契約者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用相当です。

昼 食：1食 700円

おやつ：1食 100円

6、日常生活上必要となる諸費用実費

その他日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

※ 歯ブラシ、コップ、ひげそり

☆介護報酬の対象とならないサービスについて、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1か月前までにご説明します。

7、利用料金のお支払方法

料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月10日までに請求を致しますので月末までに指定の方法(現金または指定振込)にてお支払いください。または現金受け渡しでの対応も可能です。

払込先

【銀行振込】

銀 行 名 中栄信用金庫本店

口 座 番 号 0570038

口 座 名 義 NPO 法人ライフサポート39丹沢

理事 飯田力

8、利用のキャンセル、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用をキャンセル又は変更、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に申し出てください。
- 当日にサービスをキャンセルする場合、食事代 700 円のみ請求させていただきます。
(急な体調不良や緊急の要件の場合を除く。)

9、苦情の受け付けについて

当事業所における苦情の受け付け

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ・苦情受付窓口 〈職名〉 相談員：中田 則子・原 樹
- ・苦情解決責任者 〈職名〉 管理者：飯田 力
- ・受付時間 10:00～16:00

市町村担当窓口

秦野市

- ・高齢介護課介護認定担当 0463-82-5714
- ・高齢介護課介護保険担当 0463-82-9616
- ・高齢介護課在宅高齢者支援担当 0463-82-7394

神奈川県国民健康保健団体連合会

- ・介護保険課（介護苦情相談係） 0570-022110（苦情専用）
または 045-329-3447

10、緊急時の対応について

サービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変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、速やかに主治の医師または歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

11、賠償責任について

サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

地域密着型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。（同時に2部交付し契約者及び当事業所に保管します。）

地域密着型通所介護事業所 デイサービス コミュニティ一万年青

令和　年　月　日

説明者職員名：_____

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、より良い介護サービス実施
のため、サービス担当者会議等で契約者並びに家族の情報を用いるほか、医療機関・居宅
介護支援事業者への情報の提供を含め、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

令和　年　月　日

契約者

住所：_____

氏名_____

身元保証人

住所：_____

氏名：_____

（契約者との続柄：_____）