

重要事項説明書



通所介護（通所型サービス）事業所
光明園デイサービスセンター

通所介護（通所型サービス）重要事項説明書

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話	097-574-0211（午前9時～午後5時）
担 当	通所介護課長 松本 智博

2. ご利用施設の概要

(1) 名称等

事業所の名称	光明園デイサービスセンター
所 在 地	大分県大分市大字志生木字西岡 145 番地の 9
電話・FAX	097-574-0211 ・ 097-574-0210
管理者の氏名	井手口 考志
事業者 指定番号	4472400060 号
通常の サービス提供地域	大分市

(2) 営業日及び営業時間

曜 日	月曜日～日曜日（9時～17時）
定 休 日	年始（1/1～1/2）

(3) 職員体制

職 種	職 務 内 容	職 員 数	指定基準
管理者	施設運営全般	常勤 1名	1名
生活相談員	相談・援助	常勤 1名	1名
看護職員	保健・衛生・健康管理	常勤 2名	1名
機能訓練指導員	個別機能訓練	常勤 1名	
介護職員	日常生活介護	常勤 6名	
運転手	利用者送迎	非常勤 3名	

(4) 施設の概要

定員	40名	静養室	1室(2床)
食堂	1室 128.45㎡	相談室	1室
機能訓練室	2室 (137.08㎡、20.70㎡)	送迎車	8台
浴室	一般浴槽、特殊浴槽、個人浴槽		

3. サービス内容 (施設サービス計画に沿って下記のサービスを提供します)

種類	内容
食事	管理栄養士によって利用者の心身の状態に適合した食事を提供します。
入浴	利用者の心身の状態に応じて、一般浴・特殊浴槽・個人浴槽の使用を行い、ゆっくり入浴が出来るように配慮致します。
送迎	大型リフト・小型リフト・小型自動車を使用して、心身の状態に応じて送迎を行います。
機能訓練	利用者の状況に適合した機能訓練を機能訓練指導員・看護・介護職員が、ご契約者の心身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減退を防止する為の訓練を実施します。 *機能訓練の実施につきまして、日曜日は実施していませんので運動機能向上加算、個別機能訓練加算の算定はしていません。
排泄	ご利用者の排泄の介助を行います。
口腔ケア	状況に適した口腔ケア・指導を看護・介護職員で行います。

4. 利用料等

*要支援

	要支援 1 (月)	要支援 2 (月)
利用料金	16,720	34,280
① 保険給付 (9割)	15,048	30,852
② 自己負担 (1割)	1,672	3,428

◎加算 (要支援)

	利用料金 (月)	保険給付 (9割)	自己負担 (1割)
サービス提供加算 I (要支援 1)	880	792	88
サービス提供加算 I (要支援 2)	1,760	1,584	176
運動機能向上加算	2,250	2,025	225
介護職員処遇改善加算 I	5.9%/月		
介護職員等特定処遇改善加算 I	1.2%/月		
介護職員等ベースアップ等加算	1.1%/月		
昼食代 (保険対象外)	500円/日		

*事業対象者：利用料金は「要支援1」の料金に相当します。

介護保険の負担割合については、一定以上所得のある方は2割又は3割の負担割合になります。(介護保険負担割合証に応じた負担割合になります)

***要介護**

(3) 利用料金

*** (所要時間 7 時間以上 8 時間未満のご利用の場合)**

	単位数	利用料			
		10 割	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分
要介護 1	655	6550	655	1310	1965
要介護 2	773	7730	773	1546	2319
要介護 3	896	8960	896	1792	2688
要介護 4	1018	10180	1018	2036	3054
要介護 5	1142	11420	1142	2284	3426

(所要時間 3 時間以上 4 時間未満のご利用の場合)

	単位数 (1 日)	利用料			
		10 割	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分
要介護 1	368	3680	368	736	1104
要介護 2	421	4210	421	842	1263
要介護 3	477	4770	477	954	1431
要介護 4	530	5300	530	1060	1590
要介護 5	585	5850	585	1170	1755

(所要時間 4 時間以上 5 時間未満のご利用の場合)

	単位数 (1 日)	利用料			
		10 割	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分
要介護 1	386	3860	386	772	1158
要介護 2	442	4420	442	884	1326
要介護 3	500	5000	500	1000	1500
要介護 4	557	5570	557	1114	1671
要介護 5	614	6140	614	1228	1842

(所要時間 5 時間以上 6 時間未満のご利用の場合)

	単位数 (1 日)	利用料			
		10 割	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分
要介護 1	567	5670	567	1134	1701
要介護 2	670	6700	670	1340	2010
要介護 3	773	7730	773	1546	2319
要介護 4	876	8760	876	1752	2628
要介護 5	979	9790	979	1958	2937

(所要時間 6 時間以上 7 時間未満のご利用の場合)

	単位数 (1 日)	利用料			
		10 割	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分
要介護 1	581	5810	581	1162	1743
要介護 2	686	6860	686	1372	2058
要介護 3	792	7920	792	1594	2376
要介護 4	897	8970	897	1794	2691
要介護 5	1003	10030	1003	2006	3009

(その他加算)

	単位数 (1 日)	利用料			
		10 割	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分
入浴介助加算 I	40	400	40	80	120
サービス提供体制加算 I	22	220	22	44	66
個別機能訓練加算 I イ	56	560	56	112	168
介護職員処遇改善加算 I		5.9%/月			
介護職員等 特定処遇改善加算 I		1.2%/月			
介護職員等ベースアップ加算		1.1%/月			

*送迎減算 片道 47 単位 (職員による送迎を行わない場合)

その他（介護保険対象外） 昼食・おやつ代 500円

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス料金の全額をいったんお支払い頂きます。要支援又は要介護の認定を受けた後、申請日にさかのぼり自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます（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、ご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。

(4) 介護保険給付の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利用者の負担となります。

項目	内容
レクリエーション・クラブ活動	ご利用者のご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くことができます。 ご利用料金：材料代などの実費はいただきません。 ※但し、個人的希望分については実費をいただきます。
複写物の交付	ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、コピーを必要とする場合は実費を負担いただきます。 ご利用料金：用紙サイズに関係なく 1部 10円

(5) お支払い方法

毎月、10日迄に前月分の請求をしますので、月末までにお支払い下さい。

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、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中からご契約の際に選べます。

基本的には口座自動引き落としをご利用頂いております。

振込先

大分銀行佐賀関支店 光明園デイサービスセンター 管理者 井手口 考志

口座番号：普通 5035075

尚、手数料は自己負担とさせていただきます。

5. 緊急時の対応方法

ご利用者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、医師、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡し、必要な措置を講じます。

指定医療機関	病院名・医師名	
	電話番号	
ご 家 族	氏名(続柄)	()
	電話番号	

6. 非常災害対策

非常時の対応	別に定める、消防計画書にのっとり対応を行います。
防 災 計 画	防火管理者が消防署との連携により計画を行います。
防 災 設 備	スプリンクラー、消防用散水栓、消火器を整備しています。
防 災 訓 練	毎月1回、避難・通報・救助訓練等の訓練を行います。
防災管理者	上田 耕平

7. サービス内容に関する相談・苦情担当

(1) 相談・苦情担当

担当：生活相談員	電 話：097-574-0211
氏 名	松本 智博

(2) その他

当施設以外にお住まいの市町村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。

大分市役所介護保険担当課	電 話：097-534-6111
大分県国民健康保険団体連合会	電 話：097-534-8470

8. 事故発生時における対処方法

介護サービス及び、通所型サービス提供中に、身体等にかかわる事故が発生した時は、必要に応じて応急手当を行うと共に、速やかに救急隊（消防署）、医療機関（救急告知病院）及び、ご家族に連絡し、必要な処置を行います。

尚、ご利用者自らの過失で事故を起こした場合は、原則として治療費等の負担は自己負担とさせていただきます。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護サービスおよび、通所型サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者

住所 大分県大分市大字志生木字西岡 145 番 9

事業者（法人）名 社会福祉法人 親愛会

事業所名 光明園デイサービスセンター

（事業所番号） 4472400060

代表者名 井手口 考志 印

説明者

職名 通所介護課長

氏名 松本 智博 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス及び、通所型サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所 _____ 大分県大分市 _____

氏名 _____ 印

代理人（身元引受人）

住所 _____

氏名 _____ 印
(続柄 _____)

住所 _____

氏名 _____ 印
(続柄 _____)