

『指定居宅サービス』地域密着型通所介護・通所型サービス 重要事項説明書

1. 事業者

- ①法人名 社会福祉法人 小松島敬和会
- ②法人所在地 徳島県小松島市坂野町字檜のべ32番地の1
- ③電話番号 0885-37-3000
- ④代表者氏名 理事長 藤野 和也
- ⑤設立年月日 平成 7年 4月 1日

2. 事業所の概要

- ①事業所の種類 指定通所介護事業所（地域密着型通所介護）
- ②事業所の名称 老人デイサービスセンターひかり苑
- ③事業所の所在地 徳島県小松島市坂野町字檜のべ32番地の1
- ④電話番号 0885-37-3000
- ⑤事業所管理者 家神 記志子
- ⑥実施地域 小松島市
- ⑦営業日（時間） 月曜日～木曜日・土曜日（午前9時～午後5時）
※ 祝祭日含む
※ 1月1日～1月3日休業
- ⑧利用定員 10名

3. 職員の配置状況

当苑は、指定基準に定められた職員を配置しています。

職 種	員数	業 務 内 容
1 管理者	1名	管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
2 生活相談員	1名以上	利用者の相談や利用計画、日程、プログラム等の作成及び介護計画の作成、市町村、居宅介護支援事業所等の連絡調整にあたる。
3 看護師	1名以上	利用者の健康管理、医療との連絡支援を行う。
4 介護職員	1名以上	利用者の日常生活の支援をし、入浴送迎等の支援を行う。
5 機能訓練指導員	1名以上	利用者の機能訓練指導にあたる。

4. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室（窓口担当者 家神 記志子 TEL0885-37-3000 FAX0885-35-7335）までお気軽にご相談下さい。

また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用下さい。責任もって調査、改善をさせていただきます。（責任者 家神 記志子）

○公的機関においても、次の機関においても苦情申出等ができます。

小松島市保健福祉部 介護福祉課	所在地 電話番号	小松島市横須町1番1号 0885-32-3507
阿南市保健福祉部 介護保険課	所在地 電話番号	阿南市富岡町トノ町12-3 0884-22-1793
徳島県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地 電話番号 (苦情専用)	徳島市川内町平石若松78の1 088-666-0117 088-665-7205
徳島県社会福祉協議会	所在地 電話番号	徳島市中昭和町1丁目2 088-654-4461

5. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	無
実施した評価機関の名称	無
評価結果の開示状況	無

6. 提供するサービスの内容及び費用について

地域密着型通所介護費

※食費1食 500円

※送迎加算は基本部分に包括化			サービス 利用料金	利用者負担金 10%	利用者負担金 20%	利用者負担金 30%
要介護 1	1	3時間以上4時間未満	4,150	415	830	1,245
	2	4時間以上5時間未満	4,350	435	870	1,305
	3	5時間以上6時間未満	6,550	655	1,310	1,965
	4	6時間以上7時間未満	6,760	676	1,352	2,028
	5	7時間以上8時間未満	7,500	750	1,500	2,250
	6	8時間以上9時間未満	7,800	780	1,560	2,340
要介護 2	1	3時間以上4時間未満	4,760	476	952	1,428
	2	4時間以上5時間未満	4,990	499	998	1,497

	3	5時間以上6時間未満	7,730	773	1,546	2,319
	4	6時間以上7時間未満	7,980	798	1,596	2,394
	5	7時間以上8時間未満	8,870	887	1,774	2,661
	6	8時間以上9時間未満	9,220	922	1,844	2,766
要介護 3	1	3時間以上4時間未満	5,380	538	1,076	1,614
	2	4時間以上5時間未満	5,640	564	1,128	1,692
	3	5時間以上6時間未満	8,930	893	1,786	2,679
要介護 3	4	6時間以上7時間未満	9,220	922	1,844	2,766
	5	7時間以上8時間未満	10,280	1,028	2,056	3,084
	6	8時間以上9時間未満	10,680	1,068	2,136	3,204
要介護 4	1	3時間以上4時間未満	5,980	598	1,196	1,794
	2	4時間以上5時間未満	6,270	627	1,254	1,881
	3	5時間以上6時間未満	10,100	1,010	2,020	3,030
	4	6時間以上7時間未満	10,450	1,045	2,090	3,135
	5	7時間以上8時間未満	11,680	1,168	2,336	3,504
	6	8時間以上9時間未満	12,160	1,216	2,432	3,648
要介護 5	1	3時間以上4時間未満	6,610	661	1,322	1,983
	2	4時間以上5時間未満	6,930	693	1,386	2,079
	3	5時間以上6時間未満	11,300	1,130	2,260	3,390
	4	6時間以上7時間未満	11,680	1,168	2,336	3,504
	5	7時間以上8時間未満	13,080	1,308	2,616	3,924
	6	8時間以上9時間未満	13,600	1,360	2,720	4,080

※要介護1～5までその他の加算

	サービス利用 料金	利用者負担金 10%	利用者負担金 20%	利用者負担金 30%
生活機能向上連携加算(Ⅱ) (1月につき)	2,000	200	400	600
入浴介助(Ⅰ) (1日につき)	400	40	80	120
サービス提供体制加算Ⅰ (1回につき)	220	22	44	66
サービス提供体制加算Ⅱ (1回につき)	180	18	36	54

サービス提供体制加算Ⅲ (1回につき)	60	6	12	18
同一建物減算 (1日につき)	-940	-94	-188	-282
送迎減算 (片道につき)	-470	-47	-94	-141

通所型サービス費
(共通的服务)

通所型サービス	サービス利用料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)	算定単位
事業対象者(週1回程度)	16,720	1,672	3,344	5,016	1月につき
※1月の中で4回まで	3,840	384	768	1,152	1回につき
事業対象者(週2回程度)	34,280	3,428	6,856	10,284	1月につき
※1月の中で8回まで	3,950	395	790	1,185	1回につき
要支援1(週1回程度)	16,720	1,672	3,344	5,016	1月につき
※1月の中で4回まで	3,840	384	768	1,152	1回につき
要支援2(週2回程度)	34,280	3,428	6,856	10,284	1月につき
※1月の中で8回まで	3,950	395	790	1,185	1回につき

同一建物に対する減算(事業所と同一建物に居住する者)

	サービス利用料金	利用者負担金10%	利用者負担金20%	利用者負担金30%
事業対象者(週1)	-3,760	-376	-752	-1,128
事業対象者(週2)	-7,520	-752	-1,504	-2,256
要支援1	-3,760	-376	-752	-1,128
要支援2	-7,520	-752	-1,504	-2,256

(選択的サービス)

	サービス利用料金	利用者負担金 10%	利用者負担金 20%	利用者負担金 30%
生活機能向上グループ 活動加算	1,000	100	200	300
運動器機能向上加算	2,250	225	450	675
栄養改善加算	2,000	200	400	600
口腔機能向上加算Ⅰ	1,500	150	300	450
口腔機能向上加算Ⅱ	1,600	160	320	480
事業所評価加算	1,200	120	240	360
生活機能向上連携加算Ⅰ (3月に1回)	1,000	100	200	300
生活機能向上連携加算Ⅱ (運動器機能向上加算をとっている場合は100単位)	2,000	200	400	600
サービス提供体制 加算(Ⅰ)1	880	88	176	264
サービス提供体制 加算(Ⅰ)2	1,760	176	352	528
サービス提供体制 加算(Ⅱ)1	720	72	144	216
サービス提供体制 加算(Ⅱ)2	1,440	144	288	432
サービス提供体制 加算(Ⅲ)1	240	24	48	72
サービス提供体制 加算(Ⅲ)2	480	48	96	144

(選択的サービス複数実施加算〔Ⅰ〕)

運動器機能向上及び 栄養改善(1月につき)	4,800	480	960	1,440
運動機能向上及び 口腔機能向上(1月につき)	4,800	480	960	1,440
栄養改善及び口腔機能向上 (1月につき)	4,800	480	960	1,440

(選択的サービス複数実施加算〔Ⅱ〕)

運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上	7,000	700	1,400	2,100
----------------------	-------	-----	-------	-------

※尚、支給限度額管理の対象外として、介護職員処遇改善加算Ⅰ（所定単位数の5.9%）介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（所定単位数の1.2%）、介護職員等ベースアップ等支援加算（所定単位数の1.1%）が利用料金に加算されます。

7. その他

通常キャンセル料は頂いておりませんが、デイサービス利用中などにおいて利用者の都合により、2時間未満に帰られた場合には保険対象外となりますので、負担金として500円を徴収させていただきます。（※要介護者のみ）

食費、レクリエーション代等として実費を頂くことがあります。

8. 事故発生時の対応について

万一、利用者の方の身体に関する事故が発生した場合は、直ちにご家族の方、関係医療機関等に連絡し、迅速に対応いたします。

令和 年 月 日

居宅サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、居宅サービスの提供開始に同意しました。

契約者氏名 _____