阿智村社協デイサービスセンター第二幸寿苑
通所介護　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２０７２５０１１４７号）

当事業所はご契約者に対して通所介護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通り説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」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いない方でもサービスの利用は可能です。

１．事業者

（1）法人名　　社会福祉法人　阿智村社会福祉協議会
（2）法人所在地　　長野県下伊那郡阿智村駒場４８３番地
（3）電話番号　　０２６５－４５―１２３４
（4）代表者氏名　　会　長　　小 野　恭 志
（5）設立年月　　昭和63年8月22日

２．事業所の概要

（1）事業所の種類　　指定通所介護事業所（平成17年4月17日指定）
（2）事業の目的

介護保険法令に従い、ご契約者において、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に支援することを目的として、サービスを提供します。

（3）事業所の名称　　阿智村社協 デイサービスセンター 第二幸寿苑
（4）事業所の所在地　長野県下伊那郡阿智村春日３２９１番地4
（5）電話番号　　０２６５－４５－２１１１
（6）事業所管理者氏名　　牧之瀬　寛子
（7）当事業所の運営方針

事業所の相談員等は、ご契約者が可能な限りその居宅において意欲的に自立した日常生活を営むことができるように、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行い、継続した在宅生活ができるように支援し、ご契約者を介護する家族等の負担軽減に努めます。

また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービス提供にも努めます。

（8）開設年月　　平成17年5月6日
（9）利用定員　　30人　（通常規模型）
(10) 第三者評価の実施　実施無し

３．事業実施地域及び営業時間

（1）通常の事業の実施地域　阿智村及び飯田市山本・竹佐
　　その他の地域からの利用については、相談・状況により決定します。

（2）営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 （ただし、５月第１土曜日、敬老の日、12 月 29 日～１月３日を除く）
営業時間	午前８時 00 分～午後６時 00 分
サービス提供時間	午前９時 00 分～午後４時 40 分の間の７時間 10 分 ・送迎等により時間を変更する場合があります。

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。

〈主な職員の配置状況〉　※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	人数	指定基準
１．事業管理者	１名	管理者は、事業所従業者の管理及び業務の管理を一元的に行い、通所介護事業の規程を厳守させるための必要な指揮命令を行います。
２．生活相談員	１名以上	ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
３．看護職員	１名以上	主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
４．介護職員	４名以上	ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
５．機能訓練指導員	１名以上	ご契約者の機能訓練を担当します。 看護師が兼務します。
６．運転手	１名以上	送迎を担当します。

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。

（1）介護保険の給付対象となるサービス
（2）介護保険の給付対象とならないサービス
（3）通所介護サービスに含まれない、その他の実費サービス

ご負担いただく金額の一覧は、料金表によります。

（1）介護保険の給付対象となるサービス（契約書第４条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

加算、減額については契約者ごとに異なります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、ケアプランに沿い、事業所と契約者で協議したうえで「通所介護計画」に定めます。

	サービス	内　　容
共通サービス（基本料金）	送迎 注1	ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。
	入浴	・入浴、清拭又は必要な介助を行います。 ・寝たきりや車椅子利用の方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
	排せつ	ご契約者の排せつに必要な介助を行います。
	食事及び介助 注2	・食事の準備、必要な介助を行います。当事業所では、栄養士（管理栄養士）が立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。　（食事時間）12：00～13：00
	生活相談日常の世話	生活等についての相談・助言、健康状態の確認など、日常のお世話を行ないます。
	機能訓練	レクリエーションを通じて、心身の機能維持を図ります。
加算	入浴介助加算 注3	当事業所でご契約者に入浴（全身浴、全身シャワー浴）を提供した場合、料金表による費用をご負担いただきます。
	口腔機能向上加算	・ご契約者の口腔機能の状態に応じて、口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔清潔、摂食・嚥下機能の向上等を図るためのサービスを実施します。 ・月２回、看護師等が口腔機能改善サービスを実施した際に料金をいただきます。３か月を限度として実施しますが、評価の結果、口腔機能の向上がない場合にはさらに継続してサービスを受けることができます。
	中重度者ケア体制加 算	・当事業所では、厚生労働大臣が定める基準で、中重度者の要介護利用者を受け入れられる職員体制を整えています。 ・当事業所がサービスを実施した場合、中重度者ケア体制加算として１日につき料金表による費用をご負担いただきます。
	科学的介護推進体制加　算	・当事業所では、科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）を活用し、サービスの質を向上させるための取り組みを行っています。 ・当事業所がサービスを実施した場合、科学的介護推進体制加算として料金表による金額をご負担いただきます。
	サービス提供体制強化加算	・当事業所における介護サービスを提供する職員の経験年数または、介護福祉士資格の保有率に応じ、サービス提供体制強化加算として料金表による金額をご負担いただきます。
	感染症や災害で利用者が減少した場合の報酬上の対応	感染症や災害の影響により延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から５％以上減少している場合、３か月間、料金表による費用をご負担いただきます。
	介護職員等処遇改善加　算	・厚生労働大臣が定める要件・区分に応じ、介護職員等の処遇改善のための加算として、料金表による費用をご負担いただきます。

減額	送迎未実施減算	・当事業所で通常実施している送迎を利用しない場合、片道分一回につき料金表による金額を、減額します。

注１　送迎はご自宅、事業所での乗降となります。任意の乗降場所は指定できません。
　　事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。
　　医療機関受診のための送迎・付き添いは原則家族でお願いします。
注２　食事の提供にかかる食費は別途お支払いいただきます。
注３　足浴等の部分浴・清拭の場合、入浴介助加算はいただきません。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第５条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者のご負担となります。

食費	ご契約者に提供する食事・おやつの材料費や調理等にかかる費用です。
諸費用実費	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諸費用を、実費にてご負担いただきます。（おむつ代　等）
洗濯代	ご契約者の希望により、デイサービスにて衣類の洗濯を行ないます。

（3）通所介護サービスに含まれない、その他の実費サービス

以下のサービスは介護保険のサービスに含まれない利用料金となります。

通常の事業実施地域外の送迎	当事業所の通常の事業実施地域（阿智村及び飯田市山本・竹佐）以外の地区にお住まいの方が送迎を希望される場合、通常の事業実施地域外となる区間の走行距離に応じた費用を、実費にてご負担いただきます。
延長料金	ご家族の出迎え等の都合で、当初計画されていたサービス提供時間を超えてご契約者が事業所をご利用する場合、延長料金として料金表による金額を頂きます。

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、（2）及び（3）のサービス利用料金を相当な額に変更することがあります。その場合、変更の内容と変更する事由について、変更を行う２か月前までにご説明します。（契約書第８条参照）

（4）利用料金のお支払い方法（契約書第６条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、１か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 15 日までにお支払い下さい。（１か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。）

（5）利用の中止・変更・追加（契約書第７条参照）

○　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中止、変更、又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。

○　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、もしくは当日の食費をお支払いいただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不良等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契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

６．苦情の受付について（契約書第 20 条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

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（担当者）

［氏名］　牧之瀬　寛子　　（電話　０２６５－４５－２１１１）

○　受付時間　　月曜日～土曜日　　８：30～17：15

（ただし、５月第１土曜日、敬老の日、12 月 29 日～１月３日を除く）

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

（2）その他の苦情の受付窓口

○　阿　　智　　村　　役　　場　（電話　０２６５－４３－２２２０）

○　長野県国民健康保険団体連合会　（電話　０２６－２３８－１５５５）

（3）虐待防止・ハラスメントに関する苦情の受付（契約書第 21,22 条参照）

当事業所に対する虐待・ハラスメントに関す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（担当者）

［氏名］　今村　雅

○　受付時間　　毎週月曜日～金曜日　　８：30～17：15

（但し、国民の祝日及び年末年始 12 月 29 日～１月３日を除く）

○　阿智村社協デイサービスセンター第二幸寿苑　（電話０２６５－４５－２１１１）

このほか、以下の窓口でも受け付けます。

○　阿　智　村　役　場　　（電話０２６５－４３－２２２０）

令和　　年　　月　　日

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。

事業者　　長野県下伊那郡阿智村駒場 483 番地
社会福祉法人 阿智村社会福祉協議会
代表者　　会　長　小 野 恭 志　　印

事業所　　阿智村社協デイサービスセンター第二幸寿苑

説明者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

令和　　年　　月　　日

私は以上の重要事項の内容について説明を受け、内容を確認しました。

契約者　住所　〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自署記入の場合は印不要

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

代理人　住所　〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自署記入の場合は印不要

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

第二幸寿苑サービス利用料金表

（1）介護保険の給付対象となるサービス

下記の料金表によって、ご契約者の介護度区分に応じたサービス利用料金に基づいた自己負担額をお支払いいただきます。

令和８年６月１日現在

	介護度区分	サービス利用料金	自己負担額		
			１割	２割	３割
共通サービス（基本料金）	要介護１	6,580 円	658 円	1,316 円	1,974 円
	要介護２	7,770 円	777 円	1,554 円	2,331 円
	要介護３	9,000 円	900 円	1,800 円	2,700 円
	要介護４	10,230 円	1,023 円	2,046 円	3,069 円
	要介護５	11,480 円	1,148 円	2,296 円	3,444 円

	加算の種類	加算の要件（概要）	加算額			
			基本利用料	利用者負担		
				１割	２割	３割
加算	入浴介助加算（Ⅰ）	入浴介助を行なった場合	400 円	40 円	80 円	120 円
	入浴介助加算（Ⅱ）	居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画が作成され、入浴介助を行った場合	550 円	55 円	110 円	165 円
	口腔機能向上加算	口腔機能の向上を目的として、個別的にサービス提供した場合	1,500 円	150 円	300 円	450 円
	中重度者ケア体制加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	450 円	45 円/日	90 円/日	135 円/日
	科学的介護推進体制加算	当該加算の算定要件を満たす場合	400 円	40 円	80 円	120 円
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	60 円	6 円/回	12 円/回	18 円/回

	感染症や災害で利用者が減少した場合の報酬上の対応	感染症や災害の影響により延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から 5%以上減少している場合	3 か月間、基本サービス費に 3/100 を乗じた単位数が加算されます。 ※当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。
	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	当該加算の算定要件を満たす場合	1 か月の利用料（基本サービス費＋各種加減算費）に 118/1000 を乗じた単位数が加算されます

減算	送迎未実施減算	送迎を実施していない場合	片道 47 円減額/回

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

食費	800 円 / 回
諸費用実費	おむつ代　　実費
洗濯代	200 円 / 回（消費税別途）

☆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。要介護の認定を受けた後、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）。

☆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、ご契約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。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（上記（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、ご契約者のご負担額を変更します。

（3）通所介護サービスに含まれない、その他の実費サービス

通常の事業実施区域外の送迎	１ｋｍ当り 37 円で積算した額（消費税別途）
延長料金	8 時 00 分～18 時 00 分の間における、 サービス提供時間 7 時間 10 分の前後でご利用の場合は、 30 分当たり 400 円