

社会福祉法人 愛知三愛福祉会  
デイサービスセンターさんあい  
指定通所介護 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。  
(愛知県指定 第 2374900336 号)

当事業所はご利用者に対して指定介護予防通所介護・指定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。
- ※ 但し、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。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 事業実施地および営業時間	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. ご利用料金のお支払い方法	5
7. サービスの第三者評価の実施状況	5
8. 苦情の受付について	5

## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 愛知三愛福祉会
- (2) 法人所在地 愛知県日進市米野木町南山987-104
- (3) 電話番号 0561-75-4321
- (4) 代表者氏名 理事長 池田 曠
- (5) 設立年月日 2002年(平成14年)7月23日

## 2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定通所介護事業所  
2003年(平成15年)10月31日指定 愛知県 2374900336号
- (2) 施設の目的 指定通所介護施設は、介護保険法令に従い、ご利用者が、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います。
- (3) 施設の名称 デイサービスセンター さんあい
- (4) 施設の所在地 愛知県日進市米野木町南山987-104
- (5) 電話番号 0561-72-4801
- (6) 管理者 澤田 基弘
- (7) 当施設の運営方針  
愛知三愛福祉会の設立の精神に基づき、人間としての尊厳を大切にし、家庭的な雰囲気をご利用者の個性を生かした日常生活の支援を行ないます。  
可能な限り、ご利用者、ご家族のご要望を取り入れ、柔軟なサービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月日 2003年(平成15年)11月1日
- (9) 利用定員 25名 月曜日～土曜日

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 日進市、みよし市、東郷町
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日 但し、12月31日から1月3日を除く
受付時間	月～土(含祝日) 午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	月～土(含祝日) 午前10時00分～午後4時10分

## 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して介護予防通所介護・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>

	職務内容	人員配置
管理者	業務の一元的な管理	1名(兼務)
生活相談員	生活相談及び指導	1名以上
看護師	心身の健康管理、保健衛生管理	1名以上(兼務)
介護職員	介護業務	3名以上
管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名以上(兼務)
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1名以上(兼務)

## 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、ご利用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) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご利用者に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（契約書第6条参照）

以下のサービスについては利用料金の大部分（7割～9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

#### ①入浴

・入浴又は清拭を行います。必要な方には機械浴槽を使用して入浴することができます。

#### ②排泄

・ご利用者の排せつの介助を行います。

#### ③機能訓練

・機能訓練指導員により、ご利用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。

#### ④送迎サービス

・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

### (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、第6条参照）

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。

<サービスの概要と利用料金>

#### ①食事の提供（食費）

ご利用者に提供する昼食にかかる費用です。

料金：1食当たり853円（おやつ代221円を含む）

#### ②レクリエーション活動

ご利用者の希望によりレクリエーション活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

#### ③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、複写物を必要とする場合には、コピー代として10円/枚をご負担いただきます。

#### ④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。 おむつ代他：実費

#### ⑤通常の事業実施地域以外からの送迎サービス

通常の事業実施地域以外からのご利用の場合は、次の交通費を別途ご負担いただきます。

・通常の事業の実施地域を越える地点から1kmにつき200円

### (3) 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、ご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、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へ申し出てください。
- ・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をお支払いいただく場合があります。但しご利用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。

利用予定日までに申し出があった場合	無料
無断で利用を中止された場合	当日の利用料金(自己負担相当額)の100%

※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ご利用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利用者に提示して協議します。

(4) 標準的なサービス利用料金 (契約書第6条参照)

下記の料金表によって、ご利用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。(上記サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。)

但し、実際にお支払いいただく金額は、加算等により、多少増減することがあります。

<要介護の料金表> 1日あたり

ご利用者の要介護度	1	2	3	4	5
1. サービス費	584 単位	689 単位	796 単位	901 単位	1008 単位
2. 個別機能訓練加算 (Iイ)	56 単位	56 単位	56 単位	56 単位	56 単位
3. サービス提供体制強化加算 (I)	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位
4. 入浴介助加算 (I)	40 単位	40 単位	40 単位	40 単位	40 単位
5. 介護職員等処遇改善加算 (I)	65 単位	74 単位	84 単位	94 単位	104 単位
6. 地域区分を加味した総額	7,877 円	9,047 円	10,249 円	11,430 円	12,632 円
7. サービス利用に係る自己負担額(1割)	788 円	905 円	1,025 円	1,143 円	1,264 円
(2割)	1,576 円	1,810 円	2,050 円	2,286 円	2,527 円
(3割)	2,364 円	2,715 円	3,075 円	3,429 円	3,790 円
8. 食費	853 円				
<b>自己負担額合計 (7~8の合計) : 1割</b>	<b>1,641 円</b>	<b>1,758 円</b>	<b>1,878 円</b>	<b>1,996 円</b>	<b>2,117 円</b>
<b>: 2割</b>	<b>2,429 円</b>	<b>2,663 円</b>	<b>2,903 円</b>	<b>3,139 円</b>	<b>3,380 円</b>
<b>: 3割</b>	<b>3,217 円</b>	<b>3,568 円</b>	<b>3,928 円</b>	<b>4,282 円</b>	<b>4,643 円</b>

※5.介護職員等処遇改善加算 (I) : 1~4 の合計に 92/1000 を乗じた単位です。(小数点以下四捨五入)

※6.地域区分を加味した総額 : 日進市は地域区分が 6 級地で 1~5 の合計に 10.27 円を乗じた金額です。(小数点以下切り捨て)

○科学的介護推進加算 : 毎月、40 単位を算定します。

○個別機能訓練加算Ⅱ : 該当する方は、毎月、20 単位を算定します。

○口腔・栄養スクリーニング加算(I) : 6 か月に 1 回、20 単位を算定します。

※以上、○印の加算は 5. 介護職員等処遇改善加算 (I) 及び 6 地域区分の算出対象となるため、上表の 5 以下の単位数・金額にはこの分がさらに上乗せされます。

※自己負担額 : 小数点以下切り上げ金額となります。

※但し、上記は 1 ヶ月に 1 日のみ利用した場合の金額であり、介護職員等処遇改善加算 (I)、地域区分は 1 ヶ月の合計単位に対して計算されるので、末尾処理の関係で実際の月の請求とは若干の差異が生じますのでご了承ください。

☆ご利用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。

☆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、ご利用者の負担額を変更します。

## 6. 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

(1) 毎月15日頃までに前月分のご請求をさせていただきます。原則、当該月の20日頃までにお支払いいただきますようお願いいたします。

(2) 銀行振り込みの場合は、下記の口座にお願いします。

銀行名：岡崎信用金庫 三好支店

口座種類：普通預金

預金口座番号：2010231

預金口座名：社会福祉法人 愛知三愛福祉会 理事長 池田曠

(3) 自動払込サービスをご利用いただくことが出来ます。

## 7. サービスの第三者評価の実施状況

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点からの評価は行っていません。

## 8. 苦情の受付について（契約書第21条参照）

当法人苦情相談窓口

生活相談員 堀木 まり

0561-75-4321

当法人苦情解決責任者

施設長 澤田 基弘

0561-75-4321

苦情解決制度による第三者委員

平良典子（評議員）

受付窓口でお尋ねください

富澤 孝

受付窓口でお尋ねください

外部苦情申し立て機関

外部苦情申し立て機関

愛知県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情相談室(直通) 052-971-4165

日進市介護福祉課 0561-73-1495

みよし市長寿介護課 0561-32-8009

東郷町高齢者支援課 0561-38-3111

契約を締結するにあたって、重要な事項が説明されたことを証するため、本書を2通作成し、利用者・事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

20 年(令和 年) 月 日

通所介護 デイサービスセンターさんあい を利用するにあたり、利用者又はご家族(代理人)に対し契約書及びこの書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者住所 日進市米野木町南山987-104

事業者名 社会福祉法人愛知三愛福祉会  
デイサービスセンターさんあい

理事長 池田 曠 ⑩

施設長 澤田 基弘 ⑩

私は、契約書及びこの書面により、事業者から、通所介護 デイサービスセンターさんあいの利用についての重要事項の説明を受け同意いたしました。

利用者 住所

氏名

家族代表または代理人が署名する場合

家族代表または代理人 住所

氏名

利用者との関係