

地域密着型通所・介護総合事業の第1号事業（介護予防・日常生活支援総合事業）
重要事項説明書

■事業の方針

スマイルの職員は、要介護状態になった場合においても、心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者皆様の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の御家庭の身体的・精神的負担の軽減をはかるものとします。

また、事業の実施にあたり、指定居宅支援事業者、地域の保険・医療・福祉サービスの綿密な連携をはかり、総合的なサービスに努めます。

■ディサービスセンタースマイルの概要

(1) 事業所の名称・所在地

- ◎ 事業所名 ディサービスセンタースマイル
- ◎ 所在地 〒393-0092 長野県諏訪郡下諏訪町大門 121-5
TEL 0266-27-0084
- ◎ 介護保険事業所番号 2072300276
- ◎ 通常の事業の実施地域 下諏訪町・岡谷市・諏訪市

(2) 職員体制

職種	人員	
管理者	1名	
生活相談員	2名	介護職員と兼務
看護職員	1名	機能訓練職、介護職と兼務
介護職員	6名	管理者相談員看護職員兼務
運転手	5名	看護職員又は介護職員と兼務
事務職員	1名	介護職員と兼務

(3) 設備の概要

定員	18名	食堂兼機能訓練室	1室
静養室	1室	相談室	1室
浴室	一般浴室、特殊浴	送迎用車輛	3台

(4) 営業日及び営業時間

- ◎ 営業日 毎週月曜日～土曜日
但し、8月1日・15日 12月31日 1月1日・2日は休業

◎ 営業時間 9:00～16:30

(5) サービス内容

送迎 食事 入浴 機能訓練 生活相談

(6) 利用料

① 地域密着型通所介護利用料（所要時間6時間以上7時間未満の場合）

区 分	利用料金（円）	介護保険適用時の自己負担額（円）一割の場合
要介護1	6,780円（1日）	678円（1日）
要介護2	8,010円（1日）	801円（1日）
要介護3	9,250円（1日）	925円（1日）
要介護4	10,490円（1日）	1,049円（1日）
要介護5	11,720円（1日）	1,172円（1日）
入浴加算（介助浴）	400円（1日）	40円（1日）

② 地域密着型通所介護利用料（所要時間7時間以上8時間未満の場合）

区 分	利用料金（円）	介護保険適用時の自己負担額（円）一割の場合
要介護1	7,530円（1日）	753円（1日）
要介護2	8,900円（1日）	890円（1日）
要介護3	10,320円（1日）	1,032円（1日）
要介護4	11,720円（1日）	1,172円（1日）
要介護5	13,120円（1日）	1,312円（1日）
入浴加算（介助浴）	400円（1日）	40円（1日）

③ 介護予防・日常生活支援総合事業利用料（1月につき）

区 分	利用料金（円）	介護保険適用時の自己負担額（円）一割の場合
要支援1	17,980円（1ヶ月）	1,798円（1ヶ月）
要支援2	36,210円（1ヶ月）	3,621円（1ヶ月）

④ 地域密着型通所介護・介護予防、日常生活支援総合事業利用

介護職員等処遇改善加算 Ⅱ口	1月につき+所定単位×125/1000
-------------------	---------------------

⑤ 食事代 670円

⑥ レクリエーションにかかる費用等必要な費用は自己負担となります。

※支払方法 : 口座振込

毎月10日過ぎに、先月分の利用料金明細書をお渡し致します。

■ご利用にあたっての留意事項

- (1) 事業所内の機械・器具の使用については、職員の指示にしたがってください。
- (2) 利用日ごとに健康チェックを行い、入浴の可否等を検討し状態をお知らせ致します。
- (3) 送迎は玄関口からスマイルまでとし、お帰りも同じです。時間はスマイルからお知らせし、変更が生じた場合もお知らせ致します。

■緊急時の対応

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、主治医・救急隊・居宅介護支援事業者等へ連絡し、御家庭に連絡致します。

■非常災害対策

防災規程に基づき、防災管理の徹底を図るとともに、火災等の災害による人的物的被害を防止することに努めます。定期的な避難訓練、消防設備の点検、消化器取扱い訓練等を実施していきます。

■その他

- (1) 利用者の使用する施設・食器その他の設備、又は飲用水についての管理を適正に行い事業所において感染症の発生や蔓延を防止するために必要な措置を講じます。
- (2) サービス内容に関する相談・苦情がありましたら、スマイル管理者までお申し付け下さい。(TEL 0266-27-0084)
- (3) 職員は業務上知り得たご利用者やご家族の秘密を保持します。

令和 年 月 日

地域密着型通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業の提供開始にあたり、利用者様又は代理人様に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明致しました。

(事業者) 社会福祉法人 共立福祉会
 ディサービスセンタースマイル

(説明者)

⑨

私は契約書及び本書面により、事業者から地域密着型通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業についての重要事項の説明を受けました。

(ご利用者) 住所

氏名

⑩

(代理人) 住所

氏名

⑩