

【説明書-3】

居宅サービス事業

地域密着型通所介護サービス説明書
通所型サービス説明書

1 サービスの内容

- (1)「地域密着型通所介護サービス」「通所型サービス」は、開成町社会福祉協議会が管理運営する「開成町デイサービスセンター（開成町福祉会館内）」において、提供いたします。

所在地 〒258-0021 足柄上郡開成町吉田島 1043-1

名 称 開成町デイサービスセンター（開成町福祉会館内）

電 話 0465 (85) 3521

- (2) 提供できるサービス内容は、次のとおりです。（「※」印は基本サービスに含まれます）

※ ①日常生活上の援助

《排泄・移動・養護・その他必要な身体介護 …利用者個々の日常動作能力に応じて、必要な介助を行います》

※ ②健康状態の確認

《血圧測定及び問診等を行い、健康チェック》

※ ③機能訓練サービス

《日常動作訓練・レクリエーション・行事的活動・体操・趣味活動 …利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練ならびに利用者の心身の活性化を図るための各種サービスを提供します》

※ ④送迎サービス

《車両送迎を行うとともに、その車両への乗降及び移動の介助を行います》

⑤入浴サービス

《一般浴室において、必要な入浴サービスを提供するとともに、利用者の身体機能等により、衣類の着脱、身体の清拭・洗髪・洗身、その他必要な介助を行います》

⑥食事提供サービス

《利用者に食事（昼食）を提供するとともに、利用者の身体機能等により、食事の介助及びその他必要な介助を行います》

⑦生活指導及び相談・助言

《利用者及びその家族の日常的な相談に応じ、指導及び助言を行うとともに処遇状態の点検や評価等を行います》

⑧時間延長サービス

《利用者の選定により、提供時間を超えて必要な介助を行う。但し、対応時間帯は午前8時30分から午後8時までとします》

⑨配食サービス

《デイサービス利用契約者中、家族等希望者に、昼食の配食を行います（実施要項は別に定めます）》

- (3) サービス提供にあたっては、「（通所介護計画書（様式-1）」に沿って計画的に提供します。

2 サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、「通所介護記録書（様式-2）」「総合事業（通所型サービス）記録書（様式-2）」等の書面に必要事項を記入し、必ず利用者の確認を受けます。
- (2) 開成町デイサービスセンターは、一定期間ごとに「通所介護計画書（様式-1）」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「通所介護記録書（様式-2）」「総合事業（通所型サービス）記録書（様式-2）」等の記録を作成（完成）して、利用者に説明のうえ交付するとともに、その利用者を担当する「居宅介護支援事業者」に提出します。
- (3) センターは、「通所介護記録書（様式-2）」「総合事業（通所型サービス）記録書（様式-2）」等の記録を作

成し、サービス提供後 5 年間は、適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧または実費負担により、その複写を交付します。

3 サービス提供責任者等

(1) サービス提供の責任者（管理者、生活相談員）は、次のとおりです。

管 理 者	高 橋 政 幸
生活相談員	鈴 木 雅 人

(2) 連絡先

TEL 0465 (85) 3521 FAX 0465 (85) 3523

※相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

4 利用料金 〈介護保険の法定利用料の範囲内で、本事業所が設定した金額です。〉

(1) 地域密着型通所介護事業

1) 基本料金（1 回）

介護保険負担割合【1 割の場合】

☐要介護 1= 750 円 ☐要介護 2= 887 円 ☐要介護 3= 1,028 円 ☐要介護 4= 1,168 円
☐要介護 5=1,308 円

介護保険負担割合【2 割の場合】

☐要介護 1= 1,500 円 ☐要介護 2= 1,774 円 ☐要介護 3= 2,056 円 ☐要介護 4= 2,336 円
☐要介護 5= 2,616 円

介護保険負担割合【3 割の場合】

☐要介護 1= 2,250 円 ☐要介護 2= 2,661 円 ☐要介護 3= 3,084 円 ☐要介護 4= 3,504 円
☐要介護 5= 3,924 円

2) 加算料金（1 回）

介護保険負担割合【1 割の場合】

☐入浴介助 I =40 円 ☐サービス提供体制加算Ⅲ=6 円
☐処遇改善加算=1 か月の総単位数×2.3%

介護保険負担割合【2 割の場合】

☐入浴介助 I =80 円 ☐サービス提供体制加算Ⅲ=16 円
☐処遇改善加算=1 か月の総単位数×2.3%

介護保険負担割合【2 割の場合】

☐入浴介助 I = 120 円 ☐サービス提供体制加算Ⅲ=18 円
☐処遇改善加算=1 か月の総単位数×2.3%

3) その他の料金（1 回）

☐食費=600 円
☐当日キャンセル費=420 円
☐実施地域以外への送迎=1 km未満 30 円、以降 1 kmごとに 30 円加算。

(2) 通所型サービス

1) 基本料金（月）

介護保険負担割合【1 割の場合】

☐要支援 1（総合週 1 回程度利用）= 1,655 円
☐要支援 2（総合週 2 回程度利用）= 3,393 円

介護保険負担割合【2 割の場合】

☐要支援 1（総合週 1 回程度利用）= 3,310 円
☐要支援 2（総合週 2 回程度利用）= 6,786 円

介護保険負担割合【3 割の場合】

☐要支援 1（総合週 1 回程度利用）= 4,965 円
☐要支援 2（総合週 2 回程度利用）= 10,179 円

2) 加算料金（月）

介護保険負担割合【1割の場合】

- サービス提供体制 148 円 □サービス提供体制 2= 96 円
□処遇改善加算=1 か月の総単位数×2.3%

介護保険負担割合【2割の場合】

- サービス提供体制 1=96 円 □サービス提供体制 2=192 円
□処遇改善加算=1 か月の総単位数×2.3%

介護保険負担割合【3割の場合】

- サービス提供体制 1=144 円 □サービス提供体制 2=288 円
□処遇改善加算=1 か月の総単位数×2.3%

3) その他の料金 (1 回/地域密着型通所介護事業と同様)

- 食費=600 円
□当日キャンセル費=420 円
□実施地域以外への送迎=1 km未満 30 円、以降 1 kmごとに 30 円加算。

(3) 介護保険外のサービスとなる場合には、全額自己負担となります。

(4) 利用料金は、毎月月末締めのご請求により、次のいずれかの方法によりお支払いいただきます。

- ①自動口座振替 (ご指定の金融機関口座から月 1 回引き落とします)
②現金払い
③口座振込 (指定金融機関口座へお振込願います。なお、手数料は利用者様負担となります。)

5 キャンセル

(1) 利用者が、サービスの利用をキャンセルまたは休止・中断する場合には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先 TEL (0465) 85-3521 FAX (0465) 85-3523

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、サービス利用の前日の午後 5 時までにご連絡ください。それ以降または当日のキャンセルは、キャンセル費を申し受けることになりますので、ご了承ください。

ご連絡をいただいた時間帯	キャンセル費
サービス利用する日の前日の午後 5 時までにご連絡あり	無 料
サービス利用する日の前日の午後 5 時以降にご連絡または連絡なし (当日キャンセル)	420 円

6 営業時間

(1) 営業日

月曜日から金曜日まで
年末年始 (12 月 29 日から翌年 1 月 4 日まで) を除く

(2) 営業時間

午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分まで

(3) サービス提供時間

午前 9 時 15 分から午後 4 時 15 分まで

7 その他

(1) 開成町デイサービスセンターならびにサービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

(2) サービス利用中 (通所中) は、飲食物等の持ち込みは、ご遠慮させていただきます。

居宅サービス (地域密着型通所介護・通所型サービス) 契約の締結にあたり、「重要事項説明書 (説明書-1)」、
「地域密着型通所介護サービス説明書・通所型サービス説明書 (説明書-3)」のとおり説明いたしました。

令和 年 月 日

社会福祉法人開成町社会福祉協議会

所在地 神奈川県足柄上郡開成町吉田島 1043-1

名称 社会福祉法人開成町社会福祉協議会

代表者名 会長 菊 川 敬 人 ⑩

介護保険事業所番号 第 1471400125 号

(説明者)

職種名称 ☒ 生活相談員 ☐ 管理者

職員氏名 鈴木 雅 人 ⑩

居宅サービス（地域密着型通所介護・通所型サービス）契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、同意いたします。

(利用者)

住所

氏名

⑩

電話

(代理人) 代理人を選任した場合

住所

氏名

⑩

(立会人) 立会人が同席した場合

住所

氏名

⑩