

デイサービス そのせ 重要事項説明書

事業の概要・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ご説明いたします。

1. 事業者の概要

事業者の名称	生活協同組合 コープ自然派しこく
所在地	徳島県板野郡板野町川端字川敷田 11 番 1
法人の種別	生活協同組合
代表者名	代表理事 前田 陽一
電話・FAX番号	TEL：088-624-9200 ・ FAX：088-624-9300
設立年月日	平成 24 年 4 月 1 日

2. ご利用事業所の概要

名称	デイサービス そのせ
所在地	徳島県徳島市八万町下長谷 259-1
開設年月日	平成 16 年 10 月 11 日
事業所の種類	指定地域密着型通所介護・指定第一号通所事業（通所型サービス）
介護保険事業所番号	3670103476
管理者	田中 佐知子
電話・FAX番号	088-667-1336 ・ 088-667-1337

3. 目的と運営方針

目的	介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その能力に応じ可能な限り、自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、ご利用者に次のサービスを提供します。
運営方針	家庭的な雰囲気の中で、利用者の心身の特性をふまえて、日常生活に即した訓練、レクレーション、食事、入浴、その他生活全般にわたるサービスを行います。 また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの提供に努めます。

4. 職員の体制

- ① 管理者：1 名
- ② 生活相談員：1 名以上
- ③ 機能訓練指導員：1 名以上
- ④ 看護・介護職員：1 名以上

5. 営業日および時間

営業日	月・火・水・木・金・土（日曜日 休み）
営業時間	営業日の 9：00～17：00 （曜日、時間相談に応じます）
サービス提供時間	10：00～16：00

6. 利用定員

1 日 10 人

徳島市

健康チェック	血圧測定等測定いたします。
日常生活訓練（機能訓練）	個々の能力に応じて対応します。
レクリエーション	個人レク、集団レクがあります。
食事	当施設内で調理し個々の状態にあった食事を提供します。
入浴	一般浴のみです。
送迎	徳島市内

当施設のサービスは、ご利用者個人の通所介護計画に基づいて提供させていただきます。

この計画は、ご利用者の心身の状況や、ご希望、ご意見などをお聞きした上で、居宅サービス計画《ケアプラン》に沿って、通所介護の目標および目標達成のためのサービス内容を検討し、サービス計画を立てさせていただきます。なお、計画の内容については、ご利用者やご家族の同意を得た上で実施させていただきます。

①介護報酬告示上の額（法定代理受領分 省令により変動あり自己負担）をお支払いいただきます。

②介護保険の適用を受けない部分（食材料費・行事等材料費）は実費をお支払いいただきます。

③利用者負担額は別紙一覧表の通りです。利用料は各月毎に月末集計し、翌月初に請求しますので、いずれかの方法でお支払いください。

- 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することが出来ます。この場合は、利用予定日の前日までに事業所の都合等によりご希望する期間にサービスの提供が出来ていない場合、他の利用可能期間または日時をご利用者に提示して協議します。

サービス提供時に事故・体調の急変等が発生した場合は、事前の打ち合わせに基づき速やかにご家族への連絡などの必要措置を講じます。また、緊急時には救急車で対応する場合があります。

令和 年 月 日

(事業者) 徳島県板野郡板野町川端字川敷田 11 番 1
生活協同組合 コープ自然派しこく

代表理事 前田 陽一 ㊞

(施設名) デイサービス そのせ
徳島県徳島市八万町下長谷 259-1
福祉ステーション そのせ

(説明者) 田中 佐知子 ㊞

私は、本書面に基づいて重要事項を受けたことを確認します。

(利用者) 住所 徳島市

氏名 ㊞

(利用者代理人) 住所 徳島市

氏名 ㊞

デイサービスの料金表

令和 7 年 1 月 1 日より

【地域密着型通所介護 サービス提供時間 6～7 時間/1 日】 法定代理受領サービス 1 割の場合

介護度	算定項目 (1 日)	入浴 (1 回)	処遇改善 加算Ⅲ	給付単位数	単位数単価	自己負担金額 (1 日)
要介護 1	678	40	合計の 8%	775	10.14	786 円
要介護 2	801	40		908		921 円
要介護 3	925	40		1,042		1,057 円
要介護 4	1,049	40		1,176		1,192 円
要介護 5	1,172	40		1,309		1,327 円

自己負担合計は、入浴を加算した場合

【第 1 号通所事業（通所型サービス）】 法定代理受領サービス 1 割の場合

介護度	算定項目 (1 回)	算定項目 (1 月)	処遇改善 加算Ⅲ	単位数単価	自己負担合計	自己負担合計
要支援 1	436	1,798	8%	10.14	478 円/1 回	1,969 円/1 ヶ月
要支援 2	447	3,621			490 円/1 回	3,966 円/1 ヶ月

その他：昼食代 600 円・行事等材料費など個人負担分は実費といたします。

※介護保険制度に基づいて、利用者に自己負担していただきますが、保険料等の滞納等により法定代理受領をできなくなった場合は、10 割全額をお支払い頂く事になります。

●その方に応じて利用時間はご相談させていただきます。

お気軽にご相談ください。