

デイサービス CoCo スタ

通所型サービス重要事項説明書（介護予防・日常生活支援総合事業）

＜令和 6 年 8 月 1 日現在＞

1. 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	有限会社 ひだまり
代表者名	代表取締役 若松 眞弓
所在地・連絡先	（住所） 熊本県菊池郡大津町大字岩坂 433 （電話） 096-294-5501 （F A X）096-294-5501

2. 事業所の概要

（1） 事業所名称及び事業所番号

事業所名	デイサービス CoCo スタ
所在地・連絡先	（住所） 熊本県菊池郡大津町大字陣内 638 番地 4 （電話） 096-285-3317 （F A X）096-285-3317
事業所番号	4392600161
管理者の氏名	内野 舞
利用定員	15 名

（2） 事業所の職員体制

従業者の種別	人数 (人)	区分	
		常勤 (人)	非常勤 (人)
管理者	1	1	
生活相談員	2	2	
介護職員	9	4	5
看護職員	4	1	3
機能訓練指導員	5	1	4
事務職等	1		1

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間（ 8：30～17：30 ） 常勤で勤務
生活相談員	正規の勤務時間（ 8：30～17：30 ） 常勤で勤務
介護職員	正規の勤務時間（ 8：30～17：30 ） 常勤で勤務
看護職員	正規の勤務時間（ 8：30～17：30 ） 常勤で勤務
機能訓練指導員	正規の勤務時間（ 8：30～17：30 ） 常勤で勤務
事務職等	正規の勤務時間（ 8：30～17：30 ） 常勤で勤務

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	大津町
---------	-----

(5) 営業日

営業日	月曜日～土曜日 8：30～17：30 土曜日のみ午前中
-----	---------------------------------------

営業しない日	日曜日、1月1日～1月3日
--------	---------------

3. サービスの内容及び費用

(1) 通所型サービス

ア サービス内容

種類	
食事	(食事時間) 11:30 栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です。
入浴	利用者の身体状況に応じて必要な入浴サービスを提供します。 特浴なし。 入浴サービスの利用は任意です。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、 排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、 身体機能の低下を防止するよう努めます。 ＜当施設の保有するリハビリ器具＞ パワーリハビリ機器 3台 レッドコード 5台
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として指定を受けた各市町村が定めた額に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額が利用者の負担となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス利用書に記載します。

{料金表}

○通所型サービス ※1 割負担の場合

対象者：要支援 1 / 週に 1 回通所型サービスを利用する場合 (1 回当たりの単価：436 単位)

	基本的サービス	サービス提供 体制強化加算 I	科学的介護 推進体制加算	介護職員等処遇改善加算 I
月 5 回利用	¥ 1,798	¥ 88	¥ 40	× 9.2%
月 4 回利用	¥ 1,798	¥ 88	¥ 40	× 9.2%
月 3 回利用	¥ 1,308	¥ 88	¥ 40	× 9.2%
月 2 回利用	¥ 872	¥ 88	¥ 40	× 9.2%
月 1 回利用	¥ 436	¥ 88	¥ 40	× 9.2%

対象者：要支援 2 / 週に 2 回通所型サービスを利用する場合 (1 回当たりの単価：447 単位)

	基本的サービス	サービス提供 体制強化加算 I	科学的介護 推進体制加算	介護職員等処遇改善加算 I
月 9 回利用	¥ 3,621	¥ 176	¥ 40	× 9.2%
月 8 回利用	¥ 3,621	¥ 176	¥ 40	× 9.2%
月 7 回利用	¥ 3,129	¥ 176	¥ 40	× 9.2%
月 6 回利用	¥ 2,682	¥ 176	¥ 40	× 9.2%
月 5 回利用	¥ 2,235	¥ 176	¥ 40	× 9.2%

※週 1 回ご利用の場合は、回数払いになります。

(2) その他の費用

○食事費

1 食当り	500 円
-------	-------

通所型サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに
係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担
となります。

(3) 利用料等のお支払い方法

毎月、10 日までに前月分の請求を致します。

20 日ご指定の預金口座より振替えさせていただきます。

入金確認後、領収書を発行致します。

4. 事業所の目的及び運営方針

- (1) 要介護状態等となった場合において、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した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、利用者の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- (3) 事業を運営するに当たって、地域との結び付きを重視し、市町村等保険者、居宅サービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

(4) その他

事項	内容
通所型サービス計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所型サービス計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明の上交付します。
従業員研修	年数回、介護の資質・技術向上の研修を行っています。

5. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 内野 舞 ご利用時間 8：30～17：30 ご利用方法 電話（096-285-3317） 但し、ご要望があれば上記時間以外も対応します。 ご意見箱（玄関に設置）
-------------	--

6. 緊急時等における対処方法

サービス提供時中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ、連絡します。

主治医	病院名	
	所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先 (家族等)	氏名 (続柄)	
	住所	
	電話番号	

7. 非常災害時の対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、1年に1回定期的に避難訓練、その他必要な訓練を行う。

8. サービス利用に当たっての留意事項

○サービス利用の際には、介護保険被保険者証と、居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。

これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

○決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

○他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○所持金品は、事故の責任で管理してください。

○施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

サービス利用書

当事業所が 様に提供するサービスは以下の通りです。

1. 通所型サービスの内容

曜 日	時 間 帯	内 容
曜日	☐ 9:00～12:10 ☐ 13:30～16:40	健康チェック・入浴・昼食・生活指導・運動器機能向上 訓練・送迎

2. ご利用者負担額

(1) 介護保険適用分（通所型サービス）

区 分	時 間	単 価
基本利用料	☐ 9:00～12:10 ☐ 13:30～16:40	円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1月あたり	円
科学的介護推進体制加算	1月あたり	40円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	×9.2%	

(2) 介護保険適用外の方

1食あたり 1食 500円

(3) 通所型サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに関わる費用であって、お客様に負担させることが適用と認められる費用はお客様の負担となります。

3. キャンセル料はいただきません。連絡をお願い致します。

4. 利用料等のお支払方法

毎月10日までに前月分の請求を致します。毎月20日（休みの場合は翌営業日）
ご指定の口座から振替させていただきます。入金確認後、領収証を発行致します。

通所型サービスの提供にあたり、契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書について説明致しました。

尚、証するため、本書2通を作成し、契約者、事業所が記名捺印の上、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者	住所	熊本県菊池郡大津町大字陣内 638 番地 4
	事業者名（法人）	有限会社 ひだまり
	施設名	デイサービス CoCo スタ
	事業所番号	4392600161
	管理者名	内野 舞
		印

説明者	氏名	印
-----	----	---

- ☐ 私は、契約書についての説明を受け同意致します。
- ☐ 私は、重要事項説明書についての説明を受け同意致します。
- ☐ 私は、個人情報使用同意書の第1項の(1)～(4)について同意致します。
- ☐ 私は、個人情報使用同意書の第1項(5)について同意致します。

令和 年 月 日

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印

家族	住所	
	氏名	印