

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）重要事項説明書

(2024年10月1日現在)

1 事業者が提供するサービスについての相談窓口

相談窓口：NPO法人 こだま・デイサービスこだま

電話：0475-44-2665（午前8時15分～午後5時15分）

担当者：近藤 けい子 古山 裕子

公共機関においても、次の機関においても苦情申し出ができます。

睦沢町健康保険課 電話 0475-44-2504（各市町村・介護保険担当係でもご相談・申し出できます。）

千葉県国民健康保険団体連合会・介護保険課 電話 043-254-7409

FAX 043-254-7401

* ご不明な点は、何でもお尋ねください。

* 尚、虐待防止措置を適切に実施するための担当者は管理者が行います。

2 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の概要

（1）提供できるサービスの種類と地域

事業所名	デイサービス こだま
所在地	千葉県長生郡睦沢町北山田172
介護保険指定番号	第1号通所事業（千葉県 1276700083）
サービスを提供する地域	睦沢町

（2）当事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	事務内容	計
管理者	あんま・マッサージ師	1名		事業所総括管理	1名
生活相談員	介護福祉士 社会福祉主事	1名 1名		通所型サービスの利用の申し込みに係わる調整、等	2名
機能訓練指導員	准看護師 あんま・マッサージ師	1名	1名	健康管理・機能訓練	2名
従業員(介護職員・事務員・調理員)	介護福祉士 訪問介護2級修了者 介護職員初任者研修修了者 事務員 調理員	1名 1名 1名 1名	3名 1名 1名 1名	通所型サービスの提供 介護に関する事 事務処理、国保連請求事務等 (機能訓練指導・介護職員兼務) 調理に関する事・事務に関する事	10名

(3) 設備等

定 員	10名	食 堂	29.81 m ²
機能訓練室 (①) (②)	19.92 m ²	談 話 室	9.93 m ²
	16.56 m ²	相 談 室	14.90 m ²
浴 室	一般浴室 6.62 m ²	事 務 室	13.24 m ²
脱 衣 所	6.62 m ²	スタッフルーム・資材 室	10.19 m ²
静 養 室	10畳和室	便所 (1) (2)	6.62・4.14 m ²
手 洗 場	3.31 m ²	送迎車	4台

(4) サービス提供時間

営業日	月・火・水・木・金
営業時間	午前8時15分～午後5時15分 通所開始時間は、午前9時20分からとなっています。
休日	日曜日・祝日・8月13日～15日・12月29日～1月3日 (現在のところ土曜日は休業です)

(5) サービス内容

- ①レクリエーション ②機能訓練 ③食事 ④入浴 ⑤口腔機能向上 ⑥生活相談 ⑦送迎 ⑧その他

4 利用料金

(1) 利用料

介護保険から給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の1割です。

※ 2015年8月1日から介護保険法及び関係法令の一部改正により、一定以上所得のある方は基本料金の2割負担となりましたが、2018年8月1日より65歳以上の方であって現役並みの所得のある方は費用の3割をご負担いただくことになりました。ご利用の前に介護保険負担割合証の確認をさせて頂きますのでご了承下さい。

① (基本料金・通常時間帯)

	1月あたりの利用料金	介護保険適用時の1月あたりの 自己負担 (1割自己負担の場合)
要支援1	17,980円	1,798円
要支援2	36,210円	3,621円

②口腔機能向上加算Ⅱ

1ヶ月につき 1600円 (1割自己負担の場合 160円)

③サービス提供体制強化加算Ⅱ・Ⅱ2

[要支援1] 1ヶ月につき 720円 (1割自己負担の場合 72円)

[要支援2] 1ヶ月につき 1,440円 (1割自己負担の場合 144円)

④介護職員処遇改善の制度は2024年6月から一本化されました。

・介護職員処遇改善加算（新加算）1

月の利用単位に92/1000を乗じた単位数の1割～3割自己負担

⑤その他 食材料費 一回につき600円

入浴介助費 一回につき300円

おむつ代（実費）、レクリエーションのかかる費用等（1ヶ月100円）は、自己負担となります。

※利用料金の請求は1ヶ月ご利用後、翌月の10日までに請求書を作成しますので、20日までに納入下さい。

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び契約書別紙及び重要事項説明書に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 千葉県長生郡睦沢町北山田172

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）

デイサービスこだま（NO.1276700083）

説明者氏名 _____ 印

契約書及び契約書別紙及び重要事項説明書により、事業者から第1号通所事業（介護予防通所介護相当）についての重要な事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

（代理人 _____ ）

年 月 日