

「デイサービスセンター箭海荘」重要事項説明書

＜令和 6 年 4 月 1 日現在＞

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話	0979-43-6570 (午前8時から午後5時まで)
担 当	生活相談員 小野悦子、西郡久子

2. ご利用の事業所の概要

(1) 名称等

事業所の名称	デイサービスセンター 箭海荘
所在地	大分県中津市三光森山810番地1
管理者の氏名	中野 浩子
電話・FAX番号	TEL 0979-43-6570 FAX 0979-43-6390
事業者指定番号	4470301047
事業の種類及び 指 定 年 月 日	地域密着型通所介護事業 平成28年4月1日 (みなし指定)
	指定介護予防通所介護 平成25年1月1日
	通所介護事業(現行相当) 平成30年4月1日
通常の事業の 実 施 地 域	旧中津市及び三光地区

(2) 営業時間

月～土曜日	8:30～16:00
日曜日	定休日
その他休日	8月14日、15日・12月31日・1月1日、2日、3日

(3) 職員体制

職 種	人員	備考
管 理 者	1 名	
生 活 相 談 員	2名以上	
介 護 職 員	2名以上	
看 護 職 員	2名以上	(機能訓練指導員と兼務)
機能訓練指導員	2名以上	(看護職員と兼務)

(4) 設備の概要

定 員	15名	静 養 室	1室
食 堂	1室 63.4㎡	相 談 室	1室
機能訓練室	1室 63.4㎡	送 迎 車 輛	3台
浴 室	有		

3. サービスの内容

種 類	内 容	介護保険適用
送 迎	定時送迎を原則と致します。	有(実施地域内)
入 浴	一般浴が利用できます。	有
個別機能 訓 練	機能の回復又はその減退を防止するための 訓練を致します。	有
食 事	昼食及びおやつ（午後3時）を提供します	無

4. 利用料等

(1) 利用料金

お支払いいただく各サービス利用料の単価は、別紙「サービス料金表」のとおりです。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、一旦介護保険適用外の場合の料金をいただき、サービス提供証明書を発行致します。

サービス提供証明書を後日、関係市町村の窓口に提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

(2) その他の費用

下記の費用はご利用者の負担となります。

送 迎 代 (実施地域外)	1 km毎に50円をいただきます。 (旧中津市及び三光地区以外の場合)
食 材 料 費	1 回当たり550円をいただきます。
おむつ代	実費をいただきます。
日用品費等については実費をいただきます。	

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

ご利用日の前の営業日17時までにご連絡いただいた場合	無 料
ご利用日の当日8時までにご連絡をいただいた場合	無 料
ご利用日の当日8時30分までにご連絡が無かった場合	当該基本料金の 10%

(4) 支払方法

毎月、前月分の請求を致しますので、月末迄にお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行致します。

お支払方法は、下記指定口座へお振込みいただくか、窓口にて現金でお支払い下さい。

口座番号 大分県信用組合 中津支店
 普通 No.4058657
口座名義 社会福祉法人 直心会
 デイサービスセンター箭海荘
 施設長 小畑 英之

5. 解約等

1. 利用者が利用料を6月以上滞納した場合に、30日以上の間を定めて、期間内に滞納料金の全額の支払いがない場合。
2. 利用者が介護保険施設や医療施設に入所又は入院した場合。
3. 利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定され、事業対象者にも該当しない場合。
4. 利用者が死亡した場合。
4. 利用者が契約の解約申入れを7日以上予告期間をもって事業者へ通知し、予告期間が満了した場合。
5. やむを得ない事情により、事業者が利用者に対して、1ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知し、予告期間が満了した場合。

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、医師、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡し、必要な処置を講じます。

医 師	氏 名	
	連 絡 先	
	氏名（続柄）	
	連 絡 先	

7. 非常災害対策

非常時の対応	自衛消防隊編成に基づく非常呼集を発動します。
防 災 計 画	防災訓練及び防災教育等の実施を計画しています。
防 災 設 備	防火設備その他の非常災害に対応する設備となっています。
防 災 訓 練	毎年2回以上、防災訓練を実施しています。
防 火 責 任 者	横山 さち代

8. サービス内容に関する苦情

当施設の相談・苦情担当

直心会 苦情解決委員会	
第三者委員 ・木下千賀子（元法務省人権擁護委員） ・宇都宮信子（法務省人権擁護委員） ・松尾 慶一（社会福祉士） 苦情解決責任者 ・中野 浩子（デイサービスセンター 箭海荘管理者） 苦情受付担当者 ・小野 悦子（デイサービスセンター 箭海荘生活相談員）	電話 0979-43-5067 電話 0979-43-6047 電話 0979-43-2043 電話 0979-43-6570 電話 0979-43-6570

(2) その他

当社以外に、お住まいの関係市町村及び大分県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

中津市市役所介護長寿課	Tel 0979-22-1111
大分県国民健康保険団体連合会	Tel 097-534-8470

9. その他

日用消耗品費、教養娯楽費等については、事前にご利用者に了解をいただきます。

令和 年 月 日

サービスの提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 大分県中津市三光森山810番地1

名称 社会福祉法人 直心会 デイサービスセンター箭海荘

代表者 理事長 梶 原 正

管理者 管理者 中 野 浩 子 ㊞

説明者 所 属 デイサービスセンター箭海荘

氏 名 ㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者からサービスについての重要事項の説明を受けました。

利 用 者 住 所

氏 名 ㊞

代 理 人 住 所

氏 名 ㊞

続 柄

身元引受人 住 所

氏 名 ㊞

続 柄

デイサービスセンター箭海荘 料金表

(1) 基本料金 (介護保険サービス)

①	3時間以上 4時間未満	1日あたりの 自己負担額(1割)	1日あたりの 自己負担額(2割)	1日あたりの 自己負担額(3割)
	要介護1	¥416	¥832	¥1,248
	要介護2	¥478	¥956	¥1,434
	要介護3	¥540	¥1,080	¥1,620
	要介護4	¥600	¥1,200	¥1,800
	要介護5	¥663	¥1,326	¥1,989
①	4時間以上 5時間未満	1日あたりの 自己負担額(1割)	1日あたりの 自己負担額(2割)	1日あたりの 自己負担額(3割)
	要介護1	¥436	¥872	¥1,308
	要介護2	¥501	¥1,002	¥1,503
	要介護3	¥566	¥1,132	¥1,698
	要介護4	¥629	¥1,258	¥1,887
	要介護5	¥695	¥1,390	¥2,085
①	5時間以上 6時間未満	1日あたりの 自己負担額(1割)	1日あたりの 自己負担額(2割)	1日あたりの 自己負担額(3割)
	要介護1	¥657	¥1,314	¥1,971
	要介護2	¥776	¥1,552	¥2,328
	要介護3	¥896	¥1,792	¥2,688
	要介護4	¥1,013	¥2,026	¥3,039
	要介護5	¥1,134	¥2,268	¥3,402
①	6時間以上 7時間未満	1日あたりの 自己負担額(1割)	1日あたりの 自己負担額(2割)	1日あたりの 自己負担額(3割)
	要介護1	¥678	¥1,356	¥2,034
	要介護2	¥801	¥1,602	¥2,403
	要介護3	¥925	¥1,850	¥2,775
	要介護4	¥1,049	¥2,098	¥3,147
	要介護5	¥1,172	¥2,344	¥3,516

①	7時間以上 8時間未満	1日あたりの 自己負担額(1割)	1日あたりの 自己負担額(2割)	1日あたりの 自己負担額(3割)
	要介護1	¥753	¥1,506	¥2,259
	要介護2	¥890	¥1,780	¥2,670
	要介護3	¥1,032	¥2,064	¥3,096
	要介護4	¥1,172	¥2,344	¥3,516
	要介護5	¥1,312	¥2,624	¥3,936

①	8時間以上 9時間未満	1日あたりの 自己負担額(1割)	1日あたりの 自己負担額(2割)	1日あたりの 自己負担額(3割)
	要介護1	¥783	¥1,566	¥2,349
	要介護2	¥925	¥1,850	¥2,775
	要介護3	¥1,072	¥2,144	¥3,216
	要介護4	¥1,220	¥2,440	¥3,660
	要介護5	¥1,365	¥2,730	¥4,095

(2) 加算

②	入浴介助加算	1日あたり	¥40
---	--------	-------	-----

(3) 減算

③	同一建物減算	1日あたり	¥-94
---	--------	-------	------

	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	上記①、②及び③により算定した金額の1000分の90に相当する金額	
--	--------------	-----------------------------------	--

(4) 食費

④	食費	1日あたり	¥550
---	----	-------	------

※ 1日あたりの自己負担額(参考)

	3時間以上	自己負担額(1割)		自己負担額(2割)		自己負担額(3割)	
	4時間未満	一般	有料	一般	有料	一般	有料
	要介護1	¥1,047	¥953	¥1,544	¥1,450	¥2,041	¥1,947
	要介護2	¥1,115	¥1,021	¥1,680	¥1,586	¥2,245	¥2,151
	要介護3	¥1,182	¥1,088	¥1,814	¥1,720	¥2,446	¥2,352
	要介護4	¥1,248	¥1,154	¥1,946	¥1,852	¥2,644	¥2,550
	要介護5	¥1,316	¥1,222	¥2,082	¥1,988	¥2,848	¥2,754

	4時間以上	自己負担額(1割)		自己負担額(2割)		自己負担額(3割)	
	5時間未満	一般	有料	一般	有料	一般	有料
	要介護1	¥1,069	¥975	¥1,588	¥1,494	¥2,107	¥2,013
	要介護2	¥1,140	¥1,046	¥1,730	¥1,636	¥2,320	¥2,226
	要介護3	¥1,211	¥1,117	¥1,872	¥1,778	¥2,533	¥2,439
	要介護4	¥1,279	¥1,185	¥2,008	¥1,914	¥2,737	¥2,643
	要介護5	¥1,351	¥1,257	¥2,152	¥2,058	¥2,953	¥2,859

	5時間以上	自己負担額(1割)		自己負担額(2割)		自己負担額(3割)	
	6時間未満	一般	有料	一般	有料	一般	有料
	要介護1	¥1,310	¥1,216	¥2,070	¥1,976	¥2,830	¥2,736
	要介護2	¥1,439	¥1,345	¥2,328	¥2,234	¥3,217	¥3,123
	要介護3	¥1,570	¥1,476	¥2,590	¥2,496	¥3,610	¥3,516
	要介護4	¥1,698	¥1,604	¥2,846	¥2,752	¥3,994	¥3,900
	要介護5	¥1,830	¥1,736	¥3,110	¥3,016	¥4,390	¥4,296

	6時間以上	自己負担額(1割)		自己負担額(2割)		自己負担額(3割)	
	7時間未満	一般	有料	一般	有料	一般	有料
	要介護1	¥1,333	¥1,239	¥2,116	¥2,022	¥2,899	¥2,805
	要介護2	¥1,467	¥1,373	¥2,384	¥2,290	¥3,301	¥3,207
	要介護3	¥1,602	¥1,508	¥2,654	¥2,560	¥3,706	¥3,612
	要介護4	¥1,737	¥1,643	¥2,924	¥2,830	¥4,111	¥4,017
	要介護5	¥1,871	¥1,777	¥3,192	¥3,098	¥4,513	¥4,419

	7時間以上	自己負担額(1割)		自己負担額(2割)		自己負担額(3割)	
	8時間未満	一般	有料	一般	有料	一般	有料
	要介護1	¥1,414	¥1,320	¥2,278	¥2,184	¥3,142	¥3,048
	要介護2	¥1,564	¥1,470	¥2,578	¥2,484	¥3,592	¥3,498
	要介護3	¥1,718	¥1,624	¥2,886	¥2,792	¥4,054	¥3,960
	要介護4	¥1,871	¥1,777	¥3,192	¥3,098	¥4,513	¥4,419
	要介護5	¥2,024	¥1,930	¥3,498	¥3,404	¥4,972	¥4,878

	8時間以上	自己負担額(1割)		自己負担額(2割)		自己負担額(3割)	
	9時間未満	一般	有料	一般	有料	一般	有料
	要介護1	¥1,447	¥1,353	¥2,344	¥2,250	¥3,241	¥3,147
	要介護2	¥1,602	¥1,508	¥2,654	¥2,560	¥3,706	¥3,612
	要介護3	¥1,762	¥1,668	¥2,974	¥2,880	¥4,186	¥4,092
	要介護4	¥1,923	¥1,829	¥3,296	¥3,202	¥4,669	¥4,575
	要介護5	¥2,081	¥1,987	¥3,612	¥3,518	¥5,143	¥5,049

※ 実施区域外で、片道30km以上の場合には実費をいただきます。

※ おむつ代及び日用品費等については、実費を頂きます。

通所型サービス箭海荘 料金表

(1) 基本料金 (介護保険サービス)

①		1月あたりの 自己負担額(1割)	1月あたりの 自己負担額(2割)	1月あたりの 自己負担額(3割)
	通所型サービスⅠ (週1回程度利用)	¥1,798	¥3,596	¥5,394
	通所型サービスⅡ (週2回程度利用)	¥3,621	¥7,242	¥10,863

(2) 加算

②	運動機能向上加算	1月あたり	¥225
---	----------	-------	------

(3) 減算

③	同一建物減算		
	通所型サービスⅠ	1月あたり	¥-376
	通所型サービスⅡ	1月あたり	¥-752

	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	上記①、②及び③により算定した金額の1000分の90に相当する金額	
--	--------------	-----------------------------------	--

※ 1月あたりの自己負担額 (参考)

		自己負担額(1割)		自己負担額(2割)		自己負担額(3割)	
		一般	有料	一般	有料	一般	有料
	通所型サービスⅠ (週1回程度利用)	¥2,205	¥1,829	¥4,410	¥3,658	¥6,615	¥5,487
	通所型サービスⅡ (週2回程度利用)	¥4,192	¥3,440	¥8,384	¥6,880	¥12,576	¥10,320

- ※ 食材料費につきましては、別途1日につき550円頂きます。
- ※ 実施区域外で、片道30km以上の場合には実費をいただきます。
- ※ おむつ代及び日用品費等については、実費を頂きます。