
恵那市デイサービスセンター 恵愛
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

岐阜県指定 第2171700079号

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 恵 和 会
(2) 法人所在地 岐阜県恵那市長島町永田382番地38
(3) 電話番号 0573-26-5271
(4) 代表者氏名 理事長 森 川 千 江 子
(5) 設立年月 昭和53年11月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業 平成12年 4月 1日指定
介護予防・日常生活支援総合事業 平成28年 3月 1日指定
岐阜県第 2171700079号
(2) 事業所の名称 恵那市デイサービスセンター恵愛
(3) 事業所の所在地 岐阜県恵那市大井町2716-166
(4) 電話番号 0573-26-2255
(5) 事業所管理者名 森 岡 充 磨
(6) 開設年月 平成 6年 4月 1日
(7) 通常の事業の実施区域 恵 那 市
(8) 営業日及び営業時間

営 業 日	日曜日～金曜日	年末年始を除く
営 業 時 間	日曜日～金曜日	8時30分～17時15分
サービス提供時間	日曜日～金曜日	9時00分～16時30分

- (9) 利用定員 25人

3. 職員の配置状況

職 種	配 置 状 況	指 定 基 準
1 事業所管理者	1 名 (兼務)	
2 介護職員	7 名 (兼務2名)	3 名
3 生活相談員	3 名 (兼務2名)	1 名
4 看護職員	3 名 (兼務2名)	1 名
5 機能訓練指導員	1 名 (兼務)	

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

- (1) 介護保険、介護予防・日常生活支援総合事業給付の対象となるサービス
以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割または8割または7割）が介護保険、
介護予防・日常生活総合事業から給付されます。

《サービスの概要》

- 【食事】 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況を考慮した食事を提供します。（食材費等は別途頂きます）
ご契約者の自立支援のため離床して食事をとっていただくことを原則としています。
食事時間 11:45～
- 【入浴】 入浴又は、清拭を行います。寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。
- 【排泄】 ご契約者の排泄の介助を行います。
- 【送迎】 ご契約者のお住まいと当事業所との間の送迎を行います。
- 【サービス利用料金】 ☆介護保険、介護予防・日常生活支援総合事業からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

※要支援の方のサービス利用料金（介護予防・日常生活支援総合事業費）単位：円

	総合事業（1ヶ月あたり）	
	要支援1相当	要支援2相当
ご契約者の介護度とサービス料金	17,980	36,210
総合事業から給付される金額	16,182	32,589
自己負担額（1割）	1,798	3,621

加算

- サービス提供体制加算Ⅰ
 - ・総合事業 要支援1相当（88単位/月）
 - ・要支援2相当（176単位/月） 介護職員等ベースアップ等支援加算（加算率 1.1%）
 その他体制加算に該当する項目

※要介護の方のサービス利用料金（介護給付費）単位：円

6時間以上7時間未満	要介護（1日あたり）				
	1	2	3	4	5
ご契約者の介護度とサービス料金	5,830	6,900	7,960	9,020	10,090
介護保険から給付される金額	5,247	6,210	7,164	8,118	9,081
自己負担額（1割）	583	690	796	902	1,009

7時間以上8時間未満	要介護（1日あたり）				
	1	2	3	4	5
ご契約者の介護度とサービス料金	6,580	7,777	9,000	10,230	11,480
介護保険から給付される金額	5,922	7,000	8,100	9,207	10,332
自己負担額（1割）	658	777	900	1,023	1,148

加算

- 入浴介助加算（40単位/日）
 サービス提供体制強化加算Ⅰ（22単位/日）
 中重度者ケア体制加算（45単位/日）
 介護職員ベースアップ加算（加算率 1.1%）
 事業所が送迎を行わない場合（▲47単位/片道）
 その他体制加算に該当する項目

- (2) 介護保険、介護予防・日常生活支援総合事業の給付対象とならないサービス
以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

《サービスの概要と利用料金》

【食材料費及び調理費】 ご契約者に提供する食事及びおやつ・水分補給の材料費及び調理にかかる費用です。 料金：1回あたり 750円（おやつを含む）

【喫茶サービス】 コーヒー・紅茶等の希望者1杯につき110円（税込）

【日常生活上必要となる諸費用実費】 日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担頂くことが適当であるものにかかる費用を負担頂きます。

【レクリエーション活動費】 ご契約者の希望によりレクリエーション活動に参加して頂く場合に、材料費等の必要経費実費をご負担頂きます。

【複写物の交付】 ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担頂きます。

【写真代】 1枚33円（税込）

- (3) 利用料金のお支払い方法

月末を締切日とし、1ヶ月を単位としてご指定の口座から引き落とさせていただきます。利用月の翌々月の12日が引き落とし日となります。

- (4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護・第1号通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をいただく場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合には、この限りではありません

利用予定の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の50% (自己負担相当額)

○サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

5. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）： 森岡 充磨

職 名： 恵那市デイサービスセンター恵愛 所長 [電話番号] 0573-26-2255

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15

(2) 行政機関その他苦情受付機関

恵那市役所 医療福祉部 高齢福祉課 [電話番号] 0573-26-2111

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00

(3) 岐阜県国民健康保険団体連合会における苦情やご相談は下記の窓口で受け付けます。

介護保険課 苦情対応係 [電話番号] 058-275-9826

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00

6. 守秘義務について

当センターはサービス提供上知り得たご利用者またはそのご家族の事項について、第三者に漏洩しないようにします。

7. 事故が発生した場合には、速やかに市町村及びご利用者家族に連絡を行い、必要な措置をとります。

8. 第三者評価の実施状況 (有 ・)

(実施年月日)

(評価機関)

(評価結果)

通所介護サービス・第1号通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

恵那市デイサービスセンター恵愛

説明者：生活相談員・看護師・介護士

氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービス・第1号通所介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者住所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 _____ 印 (続柄)