

重要事項説明書
(デイサービスの内容)

1 利用者（被保険者）

御利用者氏名 _____

要介護・要支援・(状態区分) 事業対象者	・要介護 () ・要支援 () ・事業対象者
要介護・要支援認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
事業対象者	年 月 日から
認定審査会意見	介護保険被保険者証の認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載のとおり

2 事業者

事業者の名称	株式会社 景揚
法人の所在地	長野市吉田四丁目 19 番 5 号

3 ご利用施設

施設の名称	Smile センター フランセーズ悠よしだ	
施設の所在地	長野市吉田四丁目 19 番 3 号	
施設長名（支配人）	寺田 昌平	
電話番号	026-258-7056	
FAX 番号	026-258-7055	
事業の種類	通所介護	介護予防通所介護相当
指定番号	2070107236	2070107236
指定年月日	令和元年7月1日	令和元年7月1日
定員	130 人	
通常の事業実施区域	長野市内	

4 施設の概要

老人通所介護（併設施設）

敷 地	2, 7 2 9 . 9 9 m ²	
建物	住 所	長野市吉田四丁目19番3号
	構造・床面積	鉄骨造二階建 2 0 8 8 . 7 9 m ²
	利用定員	老人通所介護130名

(1) 主な設備（デイサービス）

設備の種類	室 数 等	面 積	一人当たり面積
食堂兼機能回復訓練室	2室	9 0 4 . 5 5 m ²	6 . 9 5 m ²
パン教室等各室	7室	1 6 4 . 5 4 m ²	
一般浴室1 (脱衣室)	1室	3 0 . 2 5 m ² (2 4 . 0 7 m ²)	
一般浴室2 (脱衣室)	1室	2 3 . 7 6 m ² (1 5 . 1 6 m ²)	
歩行浴室	1室	2 7 . 0 7 m ²	
静養室	5室	6 4 . 2 1 m ²	
相談室	1室	8 . 4 8 m ²	
厨房関連		8 7 . 5 6 m ²	

5 体制

別紙のとおり。

6 職員の勤務体制

従業者の種類	勤 務 体 系
施設長（支配人）	就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務
生活相談員	就業規則に定める勤務時間帯常勤で交替勤務
介護職員	就業規則に定める勤務時間帯常勤で交替勤務
看護職員	就業規則に定める勤務時間帯常勤で交替勤務
機能訓練指導員	就業規則に定める勤務時間帯常勤で交替勤務
嘱託医師	月1回
管理栄養士	就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務

7 施設サービス内容の概要説明

(1) 介護基本方針

基本方針	内 容
自立支援介護 個別対応ケア 人権の尊重	<ul style="list-style-type: none"> ・ 御利用者様のご意思、人格を尊重し、常にその方の立場に立ったサービス提供を心がけます。 ・ 明るく家庭的な雰囲気を大切にし、ご家庭はもちろん、地域や市町村等との連携を重視した運営を行います。 ・ 御利用者様の人権を擁護し虐待やハラスメント防止体制の整備と職員研修を行います。 ・ サービス提供に当たっては、介護保険等関連情報などを有効活用いたします。 ・ サービス計画に基づくケアを進める中で、その趣旨、費用等については、別にご説明いたしますので、ご理解とご協力をお願い致します。

(2) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理栄養士が、御利用者様の身体状況や栄養に配慮して立てた献立表により、バラエティに富んだ食事を提供します。 ・ 食事予定時間 昼 食 (1 1 : 1 5 ~ 1 3 : 0 0)
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 原則としてご利用日の午前中に入浴を行います。 ・ 状況に応じてシャワー浴又は清拭を行います。 ・ チェア浴などの機械を用いた入浴のご用意もあります。
寝具等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝具の消毒等は適宜行い衛生管理に努めます。 なお、排泄等で汚れた場合は直ちに交換いたします。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能訓練は専門の訓練員（理学療法士・作業療法士等）によりご利用者様の身体の状況に適合した機能訓練を行ない、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ・ 当施設の所有するリハビリ器具 各種のマシントレーニング機器 エアロバイク ボディースパイダー 平行棒等の他多種多様なリハビリ機器をご用意しております。
衛生管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症や食中毒の発生及び蔓延を防止するための措置を徹底するとともに職員教育や訓練を行います。

相談対応	<ul style="list-style-type: none"> 当施設は、御利用者様その御家族様からの相談について、真摯に応じますので、スタッフにお気軽にお声かけください。
相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> 担当者 生活相談員 徳武佳子 電話 026-258-7056 FAX 026-258-7055 受付時間 平日 午前9時から午後5時の間
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> 当センターのご利用を実りあるものとするため、御利用者様の趣味嗜好に基づく自主的活動を自由に選択して楽しんで頂くことができます。 また、センター内独自通貨「Smile」の活用により社会性と活動意欲を高めます。 主なプログラム 遊 ぶ：囲碁、将棋、麻雀、カード、カラオケ 学 ぶ：パン教室、音楽教室、転倒予防教室 食 べ る：新鮮な地元野菜を活用したメニュー 健康増進：足つぼ健康歩行、マシントレーニング等 くつろぐ：喫茶、映画鑑賞、読書、マッサージ、足浴、大浴場

(3) その他

営業日	<ul style="list-style-type: none"> 毎週月曜日から土曜日を営業日とします。 日曜日、年末年始（12月31日～1月2日）は休業いたします。
営業時間等	<ul style="list-style-type: none"> 営業時間 8時～17時 サービス提供時間 9時00分～16時30分

8 利用料金

(1) 通所介護サービス（法定給付）

あなたの介護サービス費負担割合は○印該当欄のものです。

介護サービス費（介護報酬の告示上の額を10割とします。）	1割	2割	3割	算定根拠 (単価×日数ほか)

※ 通所介護サービス費（7時間～8時間型）のうち利用者負担金分（1割負担時目安）

あなたの該当区分は 下記の欄の○印です	介護保険適用時の1日当たりの利用料金	
	基本サービス費	利用者負担金
要介護度1	6,154円	616円

要介護度 2	7,260円	726円
要介護度 3	8,416円	842円
要介護度 4	9,592円	960円
要介護度 5	10,738円	1,074円

※ 送迎費用は基本料金に包括されています。
送迎対応の無い場合には片道：476円（利用者負担：48円）減額となります

- ・入浴介助加算（Ⅰ） 介助浴1回あたり 405円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 41円です
- 入浴介助加算（Ⅱ） 介助浴1回あたり 557円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 56円です
- ・中重度者ケア加算（Ⅰ） 1日あたり 456円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 46円です
- ・生活機能向上連携加算（Ⅰ） 1月当たり1,014円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 102円です
- 生活機能向上連携加算（Ⅱ） 1月当たり2,028円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 203円です
- ・個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 1日あたり 567円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 57円です
- 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ 1日あたり 770円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 77円です
- 個別機能訓練加算（Ⅱ） 1月あたり 202円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 21円です
- ・ADL維持等加算（Ⅰ） 1月あたり 304円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 31円です
- ADL維持等加算（Ⅱ） 1月あたり 608円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 61円です
- ・認知症加算 1日あたり 608円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 61円です
- ・若年性認知症利用者受入加算 1日あたり608円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 61円です
- ・栄養アセスメント加算 1月あたり 507円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 51円です
- ・栄養改善加算 1回あたり2,028円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 203円です
- ・口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 1回あたり 202円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 21円です
- 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 1回あたり 50円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 5円です
- ・口腔機能向上加算（Ⅰ） 1回あたり1,521円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 153円です

- 口腔機能向上加算（Ⅱ） 1回あたり 1,622円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 163円です
- ・科学的介護推進体制加算 1月あたり 405円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 41円です
- ・サービス体制強化加算（Ⅰ） 1日あたり 223円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 23円です
- サービス体制強化加算（Ⅱ） 1日あたり 182円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 19円です
- サービス体制強化加算（Ⅲ） 1日あたり 60円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 6円です
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 施設介護サービス費に加算費を加えた額の9.2%
ただし、利用者自己負担額は上記の1/10
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 施設介護サービス費に加算費を加えた額の9.0%
ただし、利用者自己負担額は上記の1/10
- ・その介護保険法に定められた介護報酬の告示上の費用。

(2) 介護予防通所介護相当サービス（法定給付）

あなたの介護サービス費負担割合は○印該当欄のものです。

保険者が定める額	1割	2割	3割	算定根拠 (単価×日数ほか)

※ 介護予防通所介護相当サービス費のうち利用者負担金分（1割負担時目安）

あなたの該当区分は下記の欄の○印です		第1号通所事業支給費適用時の1カ月当たりの利用料金	
		基本サービス費	利用者負担金
	事業対象者 要支援1	18,130円	1,813円
	要支援2	36,716円	3,672円

※ 送迎・入浴に係る費用を基本単価に包括しています

送迎対応の無い場合には片道：476円（利用者負担：48円）減額となります

○事業対象者・要支援1・要支援2共通加算項目

- ・生活機能向上グループ活動加算 1月あたり 1,014円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 102円です
- ・若年性認知症利用者受入加算 1月あたり 2,433円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 244円です
- ・栄養アセスメント加算 1月あたり 507円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 51円です
- ・栄養改善加算 1月あたり 2,028円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 203円です
- ・口腔機能向上加算（Ⅰ） 1月あたり 1,521円
ただし、介護保険適用時の自己負担金は 153円です

- | | | |
|--------------------|-------------------------|----------------|
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 1月あたり | 1,622円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>163円</u> です |
| ・ 一体的サービス提供加算 | 1月あたり | 4,867円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>487円</u> です |
| ・ 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | 1月あたり | 1,014円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>102円</u> です |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 1月あたり | 2,028円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>203円</u> です |
| ・ 口腔栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 1回あたり | 202円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>21円</u> です |
| 口腔栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 1回あたり | 50円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>5円</u> です |
| ・ 科学的介護推進体制加算 | 1月あたり | 405円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>41円</u> です |
| ・ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 施設介護サービス費に加算費を加えた額の9.2% | |
| | ただし、利用者自己負担額は上記の | <u>1/10</u> |
| ・ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） | 施設介護サービス費に加算費を加えた額の9.0% | |
| | ただし、利用者自己負担額は上記の | <u>1/10</u> |

○事業対象者・要支援1加算項目

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| ・ サービス体制強化加算（Ⅰ） | 1月あたり | 892円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>90円</u> です |
| サービス体制強化加算（Ⅱ） | 1月あたり | 730円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>73円</u> です |
| サービス体制強化加算（Ⅲ） | 1月あたり | 243円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>25円</u> です |

○要支援2加算項目

- | | | |
|-----------------|--------------------|----------------|
| ・ サービス体制強化加算（Ⅰ） | 1月あたり | 1,784円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>179円</u> です |
| サービス体制強化加算（Ⅱ） | 1月あたり | 1,460円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>146円</u> です |
| サービス体制強化加算（Ⅲ） | 1月あたり | 486円 |
| | ただし、介護保険適用時の自己負担金は | <u>49円</u> です |

- ・ その他、介護保険法に定められた介護報酬の告示上の費用。

※ 基本サービス費並びにその他加算における利用者負担額は1割負担時の額となります。

※ **介護保険**（第1号事業支給費）適用の場合でも保険料の滞納により、**保険給付金**（第1号事業支給費）が直接事業者を支払われない場合があります。

※ 介護保険料を滞納した場合は、一旦利用者が**施設介護サービス費**（介護予防通所介護相当サービス費）全額を支払いその後、市町村に対して**保険給付**（第1号事業支給費）分を請求していただくことになります。

※ 介護予防通所介護相当サービスの場合**太字部分を**（ ）内に読み替えます。

(3) 法定外費用

区 分	利用者負担金
おむつ代	・ 実費負担
レクリエーション実施に係る材料費	・ 実費負担
日常生活に要する費用で本人にご負担いただくことが適当である費用	・ 実費負担
食費（おやつ代含む）	・ 903円
特別な食事（出前・外食等）	・ 実費負担
文書料	・ 各種証明書等 1,000円～3,000円

9 利用料金の支払い

- (1) 前記利用料金の請求は、毎月末日を締切日として、翌月 15 日までに請求書を送付等して行ないます。
- (2) 利用料金のお支払いは、請求月の 22 日（支払日である 22 日が休日の場合は、翌日以降直近の銀行営業日）までに、現金又は口座振替依頼書に基づき口座からの自動振替により、お支払いくださいますようお願いいたします。
- (3) お支払いを受けたときは、翌月分の利用料金請求時に領収証を交付いたします。
- (4) 利用料金の請求誤りがあった場合は、翌月以降の請求額にて相殺させていただきます。

10 キャンセル料金

- (1) ご利用日の前営業日午後 5 時までにご連絡のなかった場合は、食費（おやつ代含む）相当分をキャンセル料金として頂きます。

11 利用途中での退所

利用時の健康チェックの結果が良くなかったとき、利用中に体調を崩されたとき、迷惑行為を行ったとき等の場合は退所していただきますが、この場合のご利用料金につきましては、利用実態に応じた請求とさせていただきます。

また、自己都合等による途中退所の場合も同様と致します。

12 施設の目的と運営の方針

施設の目的	サービス計画等に基づく適切なサービスを、全ての御利用者様に提供することを目的とします。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 御利用者様の状態に応じ、自立した日常生活を送れるよう、食事、入浴など日常生活上のお世話、機能回復訓練等を行なうことにより御利用者様の身体的、精神的負担の軽減を図ります。 ・ 関係する地方自治体、地域の保険医療サービス又は福祉サービスと密接な連携を図り、良質なサービスの提供に努めます。

1 3 デイサービス利用上の留意事項等

男性介護職員の有無	・ あり
時間延長の可否	・ 否
従業員への研修の実績	・ 長野県福祉職員生涯研修等の研修に参加
サービスマニュアル	・ あり
医療機関への付き添い	・ 医療機関等に定期通院する場合の付添い等は、身元引受人又は御家族様でお願いします。
設備器具の利用	・ 施設の設備、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、破損した場合、賠償していただくことがあります。
禁煙・飲酒制限	・ 当施設は指定社会福祉施設として、その公共性と公益性に鑑み、ご利用者様の健康への配慮から全館禁煙（送迎時等の車内を含む）としておりますので、施設及び敷地内での喫煙はできません。 ・ 当施設が提供する場合又は施設長（総支配人）の許可を得た場合を除き飲酒はできません。
食べ物の持込み	・ 施設内への飲食物の持込みはご遠慮ください。
迷惑行為等の禁止	・ 他の御利用者様又は施設職員等への迷惑となる行為はご遠慮ください。
所持品の持込み管理	・ 危険物の持ち込みはお断り致します。また、ご持参いただく御身まわり品は、施設利用に必要な限度としてください。 ・ 所持品（特に衣類）にはマジックまたは、縫付けで記名をお願いします。
現金・貴重品の持込み	・ 施設内への現金や貴重品の持込みは必要最小限としてください。万一、盗難などがございましたも施設では責任を負いかねます。
宗教活動 政治活動	・ 施設敷地、建物内での、他者に対する宗教活動及び政治活動は、ご遠慮ください。
動物飼育	・ 施設内へのペットの持込み及び飼育はできません。
急病、事故等発生時の措置	・ 施設ご利用中に急病や不慮の事故等が発生した場合には、直ちに救護措置を講じ、医療機関への受診、身元引受人又はご家族への連絡を行いますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

1 4 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「Smile センターフランセーズ悠よしだ消防計画」に従って非常時の緊急対応を行います。
--------	---

近隣との協力関係	当施設は、吉田自主防災会と『災害時における協力応援体制に関する協定書』で近隣防災協力を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。(平成17年12月27日締結)			
平常時の訓練及び防災設備	別途定める「Smile センターフランセーズ悠よしだ消防計画」に従って、年2回の避難訓練を御利用者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数	設備名称	個数
	スプリンクラー	あり	防火扉シャッター	あり
	非常階段	あり	屋内消火栓	あり
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	漏電火災報知器	あり
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源	あり
	カーテン・布団等は防炎性のあるものを使用しています。			
消防計画	消防署への届出日	2024年4月8日		
	防火管理者	寺田 昌平		

1.5 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設ご利用の場合の相談	苦情解決責任者	施設長(支配人)	寺田 昌平
	苦情受付担当者	生活相談員	徳武 佳子
	第三者委員	青木 千代紀	
	ご利用時間	土、日曜日・祭日を除く毎日9:00~17:00まで	
	ご利用方法	電話・面談・手紙等いずれの方法でも結構です。	

(2) 次の公的機関において苦情申立てができます。

長野市保健福祉部介護保険課	所在地	長野市大字鶴賀1613
	電話番号	026-224-7871
	FAX	026-224-5247
長野県国民健康保険団体連合会	所在地	長野市大字西長野字加茂北143-8
	電話番号	026-238-1580
	FAX	026-238-1560
長野県福祉サービス運営適正化委員会	所在地	長野市中御所岡田98-1
	電話番号	0120-28-7109
	FAX	026-228-0130

1.6 第三者評価の受審状況

第三者評価の実施の有無	無
-------------	---

17 緊急連絡先及び主治医について

緊急 連絡 先	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号	()		
主治 医	病院名		医師名	
	住所			
	電話番号	()		
希望 する 救急 等 搬送 先	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 前記主治医 <input type="checkbox"/> その他の医療機関 病院名 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____ ※ 諸般の事情により、ご希望の医療機関に搬送できない場合もございます。			

デイサービス（通所介護サービス・介護予防通所介護相当サービス）の提供の開始に際して、あらかじめ御利用申込者又はその御家族に対して、運営規程の概要、勤務の体制、その他の重要事項等を記した本書面を交付し、説明しました。

年 月 日

説明者 株式会社景揚
Smile センター フランセーズ悠よしだ
施設長（支配人） _____ (印)

説明補助者 Smile センター フランセーズ悠よしだ
生活相談員 _____ (印)

私は、上記説明者又は説明補助者から、本書面の交付を受けたうえでデイサービス（通所介護サービス・介護予防通所介護相当サービス）に関する運営規程の概要、勤務の体制、その他の重要事項等の説明を受け同意しました。

年 月 日

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

署名代行者
私は、利用者の同意意思を確認し、利用者に代わり上記署名を行ないました。

住 所 _____
氏 名 _____ (印)

(署名を代行した理由： _____)

家族（利用申込人との関係 _____)

住 所 _____
氏 名 _____ (印)