「通所介護」重要事項説明書

≪令和６年６月１日現在≫

当事業所は介護保険の指定を受けています 熊本県指定第４３７０１０１６１２号

当事業所は、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、ご契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

１　法人概要（事業者）

法　人　名	社会福祉法人はちす福祉会
法人所在地	熊本市東区秋津町秋田１７１－３
電話番号	０９６－３６０－５０５０
代表者名	坂門　秀隆

２　事業所の概要

（1）事業所の名称等

事業の目的	指定通所介護は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に通所介護サービスを提供します。
事業所の名称	デイサービスセンターハーモニー
所在地	熊本市東区秋津町秋田１７１－３
電話番号	０９６－３６０－５０７４
管理者名	岡村　雄大
開設年月日	平成１８年４月１日
介護保険指定番号	熊本県指定第４３７０１０１６１２

（2）事業所の職員体制

①	管理者	１名以上	従業者の管理及び業務管理の統括を行います。
②	生活相談員	１名以上	ご家族・利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜支援を行います。
③	看護職員	１名以上	利用者の健康管理や日常生活上の介護・介助等も行います。
④	介護職員	１名以上	利用者の日常生活上の介護ならびに相談助言等を行います。※（利用人数に合わせて職員配置を行います。）
⑤	機能訓練指導員	１名以上	リハビリ訓練指導等を行います。
⑥	管理栄養士	１名以上	食事献立の栄養管理を行います。

(3) 事業所の設備の概要

定　　員	祝祭日にかかわらず月曜～金曜は30人とする。		
食堂兼多目的スペース	２５０，５㎡	相談室	９，２４㎡
浴　室	３６，２７㎡	休養室	３１，５８㎡
脱衣室	２３，７２㎡	日常動作訓練スペース	１９，９２㎡

3　営業時間及び事業実施地域

(1) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（祝日含む）
サービス提供時間	午前9時20分から午後4時

(2) 通常の事業の実施地域　　熊本市　　上益城郡嘉島町　　上益城郡益城町

4　事業所が提供するサービスの内容

種　類	内　　容
健康チェック	・職員が体温・血圧等の測定をし、体調チェックを行います。体調についてはご家族と連絡を取り、健康相談業務を行います。
食　　事	・栄養士の立てる献立表により、栄養ならびに利用者の身体状況・嗜好を配慮した食事を提供します。 ・利用者の自立支援の為、離床して食堂（デイルーム）にて食事をとっていただくことを原則とします。
送　　迎	・自宅から事業所間の送迎を行います。ワゴン車または車椅子でも利用できるリフト車で、職員が移動をお手伝いします。
入　　浴	・入浴または清拭を行います。 ・自立支援の為にも手すりつきの浴槽で入浴することができます。 ・座ったまま入浴できるリフト浴もあります。
排　　泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。
機能訓練	・残存能力を使い、日常生活動作訓練を支援します。できるだけご自分で行っていただき、在宅での生活維持に努められるように配慮します。
生活相談	・在宅生活上の相談にあたります。

5 利用料金及びその他の費用

(1)　介護保険の給付対象となる利用料金

①　通所介護利用料金（1日あたりの利用料金）　※通所規模：通常規模

要介護度＼利用時間	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満
	1割負担の方	1割負担の方	1割負担の方	1割負担の方
要介護1	370円	388円	570円	584円
要介護2	423円	444円	673円	689円
要介護3	479円	502円	777円	796円
要介護4	533円	560円	880円	901円
要介護5	588円	617円	984円	1,008円
要介護度＼利用時間	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満
	2割負担の方	2割負担の方	2割負担の方	2割負担の方
要介護1	740円	776円	1,140円	1,168円
要介護2	846円	888円	1,346円	1,378円
要介護3	958円	1,004円	1,554円	1,592円
要介護4	1,066円	1,120円	1,760円	1,802円
要介護5	1,176円	1,234円	1,968円	2,016円
要介護度＼利用時間	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満
	3割負担の方	3割負担の方	3割負担の方	3割負担の方
要介護1	1,110円	1,164円	1,710円	1,752円
要介護2	1,269円	1,332円	2,019円	2,067円
要介護3	1,437円	1,506円	2,331円	2,388円
要介護4	1,599円	1,680円	2,640円	2,703円
要介護5	1,764円	1,851円	2,952円	3,024円

○2時間以上3時間未満の場合、4時間以上～5時間未満のサービス基本単位数の70%となります。

○7時間以上のご利用となった場合、7時間以上8時間未満・8時間以上9時間未満のサービス基本単位数を頂く場合があります。

② 加算（単位数）

入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位（1 日につき）
科学的介護推進体制加算	40 単位（1 月につき）
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数×9.0%（1 月につき）
送迎減算（送迎を行わない場合）	−47 単位（片道につき）
同一建物減算	−94 単位（1 日につき）
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数×−1.0%（1 月につき）
事業継続計画未実施減算	所定単位数×−1.0%（1 月につき）
入浴介助加算（Ⅱ）	55 単位（1 日につき）
生活相談員配置等加算	13 単位（1 日につき）
中重度ケア体制加算	45 単位（1 日につき）
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100 単位（1 月につき・3 月に 1 回を限度）
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200 単位（1 月につき） ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は 1 月につき 100 単位
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56 単位（1 日につき）
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76 単位（1 日につき）
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位（1 月につき）
ADL 維持等加算（Ⅰ）	30 単位（1 月につき）
ADL 維持等加算（Ⅱ）	60 単位（1 月につき）
認知症加算	60 単位（1 日につき）
若年性認知症利用者受入加算	60 単位（1 日につき）
栄養アセスメント加算	50 単位（1 月につき）
栄養改善加算	200 単位（1 回につき・月 2 回を限度）
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 単位（1 回につき・6 月に 1 回を限度）
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 単位（1 回につき・6 月に 1 回を限度）
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 単位（1 回につき・月 2 回を限度）
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位（1 回につき・月 2 回を限度）
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	基本単位数×3.0%（1 月につき）
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数×5.0%（1 日につき）

※他の加算算定による料金変更や、期間、回数に限度があります。

(2) 介護保険の給付対象とならない利用料金

①食事代　　550円

②おむつ代　紙おむつ105円・フラット35円・尿取りパット25円
使い捨てリハビリパンツ100円（全て1枚の料金です）

③その他

前各号の掲げるもの他、通所介護の提供において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物に係る費用であって、ご契約に負担して頂くことが適当であると認められる費用

（ご契約者の希望によるクラブ活動に係る材料費等）

～利用料金のお支払い方法～

当事業所で提供されたサービスに係る利用料金については、月末締めの翌月20日までのお支払いとします。

現金払い、又はご契約又はご家族の預金口座より毎月20日（20日が休日の場合はよく営業日）に口座振替

（自動引き落とし）によりお支払い下さい。なお、口座振替に掛かる手数料は当施設が負担します。

(3)　キャンセル及びサービスの中止

①　サービスの利用キャンセル及びサービスの中止をする際には、下記の連絡先までご連絡下さい。

デイサービスセンターハーモニー　電話０９６－３６０－５０７４

②　ご利用者様の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日営業時間内までにご連絡下さい。サービス利用の前日の営業時間以降及びサービス利用当日のキャンセルは、キャンセル料５５０円（昼食代として）を申し受けることになりますのでご了承下さい。なお、その時の金額は、ご利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時　期	金　額
サービス利用日の前日営業時間内までのキャンセル	無　料
サービス利用日の当日キャンセル（昼食代として）	５５０円

6 緊急時における対処方法

通所介護サービスを提供中に利用者の様態の変化、その他、緊急事態が生じた場合には、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業所等へ速やかに連絡いたします。

◎緊急連絡先

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　　柄：＿＿＿＿＿＿＿

◎主治医

病院または診療所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

7　事故発生時の対応方法

（1）　利用者に対する指定通所介護の提供より事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族等に連絡し、必要な措置を講じる。又利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合、当事業所に非が認められる場合に限り、弁護士を通して損害賠償を速やかに行う。

（2）　当事業所は、事故が生じた際にはその原因を速やかに解明し再発生を防ぐ為の対策を講じる。

8　サービス利用にあたっての留意事項

①　現金・金券・貴重品等は、お持込にならないようにお願い致します。紛失されましても、当事業所は責任を負いかねますのでご了承下さい。

②　健康管理上、飲食物はお持込みにならないようお願い致します。万一、お持込になられた飲食物が原因で体調等に異常をきたされても、当事業所は責任を負いかねますのでご了承ください。

③　当事業所で、利用者の金品のやり取りはご遠慮願います。

④　当事業所職員は、利用者からの一切の金品の贈与を受けないことと定められております。お心遣いは無用ですので、ご了承ください。

－ご利用のお断りと中止について－

以下の事項に該当されると施設で判断される場合は、やむを得ずご利用を中止、またはお断りさせて頂く場合があります。

・伝染病感染（熱や風邪症状含む）が認められる、あるいは疑われる時

・医学的に当施設での対応が困難と判断した時

（※体調不良等におけるご利用は、原則受け入れておりません。）

9サービス内容に関する苦情等相談窓口

窓口責任者（生活相談員）

ご利用時間　9:00～17:00

ご利用方法　電話（096－360－5074）

①　苦情・相談窓口の担当者が、利用者及び家族等から苦情・相談を受けた場合は、その内容を記録処理簿へ記入する。

②　苦情について速やかに事実確認を行い、その場で対応可能なものであっても、必ず管理者に連絡をして処理内容を決定する。

③　苦情の改善策について利用者に説明する。

④　①～③の処理内容を記録処理簿に記録し再発防止策を作成する。

契約締結日　　令和　　　年　　　月　　　日

通所介護サービスの利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

住　　所　　　熊本市東区秋津町秋田 171－3

事業者名　　　社会福祉法人はちす福祉会

代表者名　　　理事長　　坂門　秀隆　　　　　　　印

説明者

職　　名

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護について重要事項の説明を受けました。

利用者

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代理人

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印