

# 慈晃園デイサービスセンター

( 通所介護 )

## 重 要 事 項 説 明 書



通所介護サービスの提供開始にあたり、当事業所がご契約者(以下「利用者」という)に説明すべき重要事項及び内容は、次のとおりです。

### 1. 事業所概要

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 事業所名称      | 慈雲会             |
| 主たる事務所の所在地 | 熊本県天草市佐伊津町928番地 |
| 法人種別       | 社会福祉法人          |
| 代表者名       | 理事長 蓮 池 肇 一     |
| 電話番号       | 0969-23-6610    |

### 2. 利用事業所

|                                                   |                          |                                |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 介護保険法令に基づき熊本県知事から指定を受けている事業所名称・住所・電話番号            | 事業所名称                    | 慈晃園デイサービスセンター                  |
|                                                   | 住 所                      | 熊本県天草市佐伊津町928番地                |
|                                                   | 電 話 番 号                  | (直通) 0969-23-6615 (代表) 23-6610 |
| 各事業所につき介護保険法令に基づき熊本県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類(指定番号) | 通所介護<br>(熊本県4371500945号) |                                |

### 3. 事業の目的と運営方針

|       |                                                                                                                                                                                            |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 社会的孤立感の解消及び心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すと共に、利用者の家族等の身体的・精神的負担の軽減を図るため、要介護状態又は要支援状態等にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。                                                                 |
| 運営の方針 | ① その有する能力に応じ、できるだけ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護等日常生活に必要な世話・支援及び機能訓練を行う。<br>② 本事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。<br>③ 事業所は、正当な理由なくして指定通所介護の提供を拒まない。 |

※ 提供するサービスの第三者評価の実施状況

|       |            |             |           |
|-------|------------|-------------|-----------|
| 実施の有無 | 実施した直近の年月日 | 実施した評価機関の名称 | 評価結果の開示状況 |
| 無     | 令和 年 月 日   |             |           |

#### 4. 職員体制 (2025年4月1日現在)

| 職 種       | 職員数   | 勤 務 体 制    |                  |
|-----------|-------|------------|------------------|
| 管 理 者     | 1名    | 常勤 1 名（兼務） | 昼勤（午前8時～午後5時30分） |
| 生 活 相 談 員 | 1名    | 常勤 1 名     | 昼勤（午前8時～午後5時30分） |
| 看 護 職 員   | 1名    | 常勤 2 名     | 昼勤（午前8時～午後5時30分） |
| 介 護 職 員   | 3 名以上 | 常勤 4 名     | 昼勤（午前8時～午後5時30分） |
|           |       | パート職員 1 名  | 昼勤（午前9時～午後4時）    |
| 機能訓練指導員   | 1名    | 常勤 1 名     | 昼勤（午前8時～午後5時30分） |
| 調 理 員     | 1名    | パート職員 1 名  | （午前9時～午後1時30分）   |

#### 5. 営業時間等

|           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| 営 業 日     | 月曜日～土曜日 ※お盆（8/15）、年末年始（12/30～1/2）は休み |
| 営 業 時 間   | 午前8時～午後6時00分（サービス提供時間）午前9時～午後5時15分   |
| 1 日 の 定 員 | 30名                                  |
| 実 施 地 域   | 天草市の旧本渡市及び五和町地域                      |

#### 6. 苦情申立窓口

○ 当事業所における苦情の受付

| 区 分           | 氏 名     | 肩書・職種                 | 連 絡 先        |
|---------------|---------|-----------------------|--------------|
| 苦 情 解 決 責 任 者 | 立 川 尚 己 | 管理者                   | 0969-23-6615 |
| 苦 情 受 付 担 当 者 | 金 子 淳 子 | デイサービスセンター<br>主任生活相談員 | 0969-23-6615 |
| 第 三 者 委 員     | 山 下 正 昭 | 監事                    | 0969-24-2314 |
|               | 谷 端 敏 光 | 監事                    | 0969-23-0388 |

○ 行政機関その他の苦情受付機関

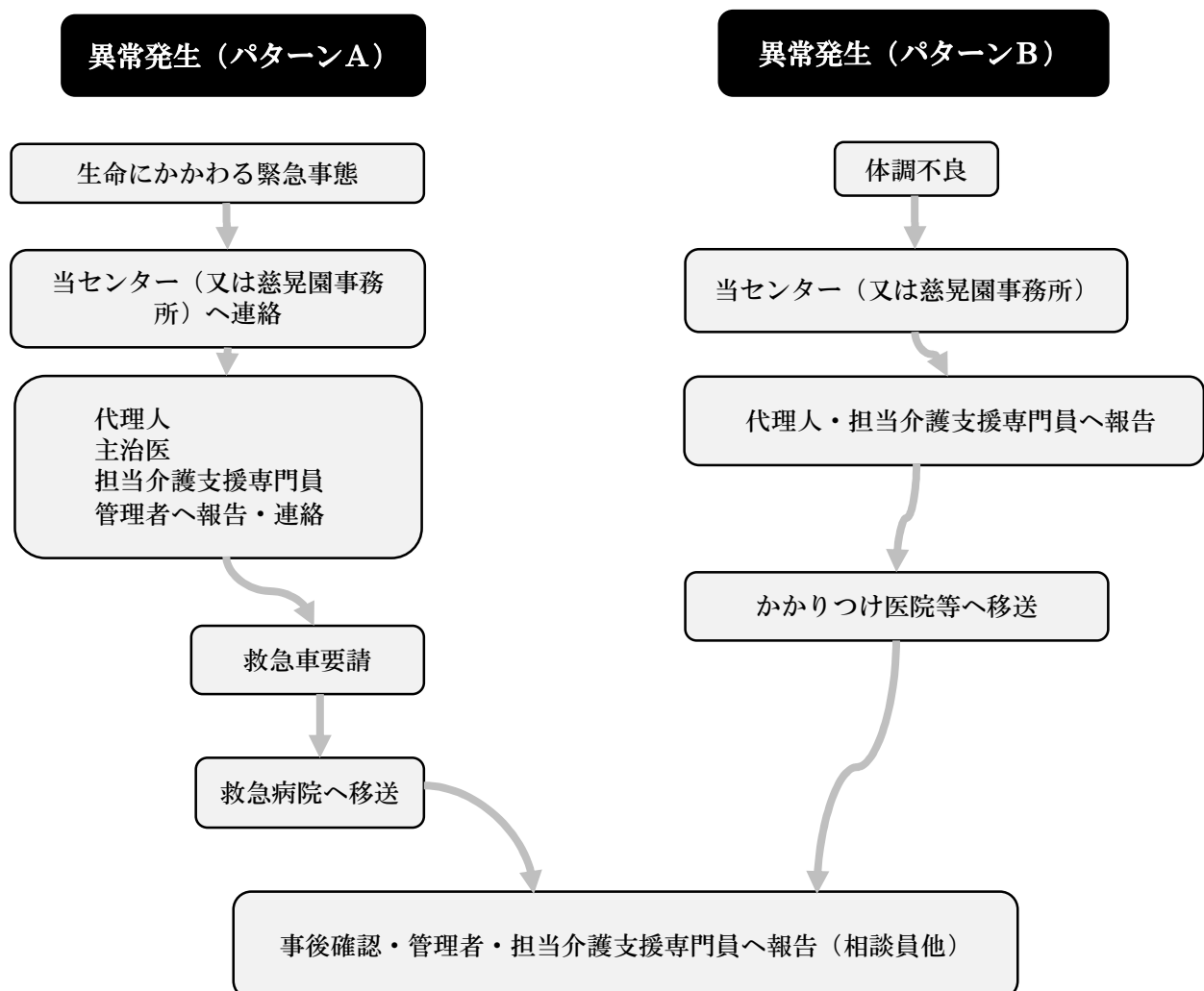
|                            |                                                                       |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 天草市                        | 高齢者支援課                                                                |
| 熊本県国民健康保険団体連合会             | 所 在 地 ： 熊本市東区健軍1丁目18番17号<br>担当部署 ： 介護サービス苦情処理（相談）窓口<br>☎ 096-214-1101 |
| 熊本県社会福祉協議会内<br>熊本県運営適正化委員会 | 所 在 地 ： 熊本市中央区南千反畑町3-7<br>熊本県総合福祉センター内<br>☎ 096-324-5471              |

## 7. 利用者の緊急事態発生時の対応

### (1) センター内の場合

- ① ベッドに移し、楽な状態にして血圧測定や酸素吸入などの応急措置を行う。
- ② 利用者の代理人等（緊急連絡先）へ報告・連絡する。なお、代理人等が不在の場合には、担当介護支援専門員へ報告・連絡する。
- ③ 状況に応じて、直接主治医に連絡して指示を受ける。
- ④ 管理者へ報告・連絡する。
- ⑤ 必要に応じてかかりつけ医に移送若しくは往診を受ける。（状況次第では、救急車で対応する。）
- ⑥ 事後確認し、報告する。

### (2) 送迎中の場合（緊急対応図）



## 8. 提供するサービス

### 通所介護サービス

利用日 : 毎週 月曜日～土曜日

- ① このサービスの提供にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、要介護（要支援）状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、サービス内容を分かりやすく説明します。  
分からない事は、いつでも担当職員にお尋ね下さい。
- ③ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全面、衛生面で管理を徹底します。特に、利用者の身体に接触する器具等については、サービスの提供毎に消毒したものを使用します。

## 9. 通所介護計画

- ① 当事業所では、利用者の心身の状況、ご希望や環境を踏まえて、機能訓練などの目標、目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した通所介護計画を作成します。
- ② この通所介護計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、そのサービス計画に沿って作成します。

## 10. 担当職員の変更

- ① 利用者は、担当する職員の変更をいつでも申し出ることができます。  
その場合には、代わりの職員がいないなど、変更を拒む正当な理由が無い限り変更の申出に応じます。

※ 利用者又は家族等に感染症（インフルエンザ、新型コロナウイルス、ノロウイルス等）の方がおられる場合は、他利用者への感染を防ぐため、サービスの提供を中止させて頂く場合があります。感染症が治癒し、再度通所される場合には、医師の指示に従ってください。

※ 利用者の体調不良等の理由により、通所介護の実施が困難と判断した場合は、サービスを中止させて頂く場合があります。この場合には、担当介護支援専門員と協議して必要な対応をとります。

## 11. 利用料金

通所介護サービスの利用料金及びその他の費用は、次のとおりです。

### (1) 通所介護費（2時間以上3時間未満）

| 利用者の要介護状態区分とサービス利用料金<br>(日) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(1割) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(2割) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(3割) |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 要介護1 2,716円                 | 272円                     | 543円                     | 815円                     |
| 要介護2 3,108円                 | 311円                     | 622円                     | 932円                     |
| 要介護3 3,514円                 | 351円                     | 703円                     | 1,054円                   |
| 要介護4 3,920円                 | 392円                     | 784円                     | 1,176円                   |
| 要介護5 4,319円                 | 432円                     | 864円                     | 1,296円                   |

### (2) 通所介護費（3時間以上4時間未満）

| 利用者の要介護状態区分とサービス利用料金<br>(日) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(1割) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(2割) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(3割) |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 要介護1 3,700円                 | 370円                     | 740円                     | 1,110円                   |
| 要介護2 4,230円                 | 423円                     | 846円                     | 1,269円                   |
| 要介護3 4,790円                 | 479円                     | 958円                     | 1,437円                   |
| 要介護4 5,330円                 | 533円                     | 1,066円                   | 1,599円                   |
| 要介護5 5,880円                 | 588円                     | 1,176円                   | 1,764円                   |

### (3) 通所介護費（4時間以上5時間未満）

| 利用者の要介護状態区分とサービス利用料金<br>(日) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(1割) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(2割) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(3割) |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 要介護1 3,880円                 | 388円                     | 776円                     | 1,164円                   |
| 要介護2 4,440円                 | 444円                     | 888円                     | 1,332円                   |
| 要介護3 5,020円                 | 502円                     | 1,004円                   | 1,506円                   |
| 要介護4 5,600円                 | 560円                     | 1,120円                   | 1,680円                   |
| 要介護5 6,170円                 | 617円                     | 1,234円                   | 1,851円                   |

### (4) 通所介護費（5時間以上6時間未満）

| 利用者の要介護状態区分とサービス利用料金<br>(日) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(1割) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(2割) | サービス利用にかかる利用者負担額<br>(3割) |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 要介護1 5,700円                 | 570円                     | 1,140円                   | 1,710円                   |
| 要介護2 6,730円                 | 673円                     | 1,346円                   | 2,019円                   |
| 要介護3 7,770円                 | 777円                     | 1,554円                   | 2,331円                   |
| 要介護4 8,800円                 | 880円                     | 1,760円                   | 2,640円                   |
| 要介護5 9,840円                 | 984円                     | 1,968円                   | 2,952円                   |

## (5) 通所介護費（6時間以上7時間未満）

| 利用者の要介護状態区分とサービス利用料金<br>（日） | サービス利用にかかる利用者負担額<br>（1割） | サービス利用にかかる利用者負担額<br>（2割） | サービス利用にかかる利用者負担額<br>（3割） |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 要介護1 5,840円                 | 584円                     | 1,168円                   | 1,752円                   |
| 要介護2 6,890円                 | 689円                     | 1,378円                   | 2,067円                   |
| 要介護3 7,960円                 | 796円                     | 1,592円                   | 2,388円                   |
| 要介護4 9,010円                 | 901円                     | 1,802円                   | 2,703円                   |
| 要介護5 10,080円                | 1,008円                   | 2,016円                   | 3,024円                   |

## (6) 通所介護費（7時間以上8時間未満）

| 利用者の要介護状態区分とサービス利用料金<br>（日） | サービス利用にかかる利用者負担額<br>（1割） | サービス利用にかかる利用者負担額<br>（2割） | サービス利用にかかる利用者負担額<br>（3割） |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 要介護1 6,580円                 | 658円                     | 1,316円                   | 1,974円                   |
| 要介護2 7,770円                 | 777円                     | 1,554円                   | 2,331円                   |
| 要介護3 9,000円                 | 900円                     | 1,800円                   | 2,700円                   |
| 要介護4 10,230円                | 1,023円                   | 2,046円                   | 3,069円                   |
| 要介護5 11,480円                | 1,148円                   | 2,296円                   | 3,444円                   |

## (6) 通所介護費（8時間以上9時間未満）

| 利用者の要介護状態区分とサービス利用料金<br>（日） | サービス利用にかかる利用者負担額<br>（1割） | サービス利用にかかる利用者負担額<br>（2割） | サービス利用にかかる利用者負担額<br>（3割） |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 要介護1 6,690円                 | 669円                     | 1,338円                   | 2,007円                   |
| 要介護2 7,910円                 | 791円                     | 1,582円                   | 2,373円                   |
| 要介護3 9,150円                 | 915円                     | 1,830円                   | 2,745円                   |
| 要介護4 10,410円                | 1,041円                   | 2,082円                   | 3,123円                   |
| 要介護5 11,680円                | 1,168円                   | 2,336円                   | 3,504円                   |

## 《 各種加算 》

| 加算種別                          | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| 通所介護サービス提供体制強化<br>加算Ⅰ（日） 220円 | 22円            | 44円            | 66円            |
| 通所介護職員処遇改善加算Ⅲ（月）              | 8.0%           |                |                |

## 《 選択サービス 》

| 加算種別（ <u>受けられた場合のみ加算</u> ） | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |
|----------------------------|----------------|----------------|----------------|
| 通所介護入浴介助加算（日） 400円         | 40円            | 80円            | 120円           |
| 通所介護個別機能訓練加算Ⅰイ（日） 560円     | 56円            | 112円           | 168円           |
| 通所介護認知症加算（日） 600円          | 60円            | 120円           | 180円           |
| 通所介護若年性認知症利用者受入加算（日） 600円  | 60円            | 120円           | 180円           |

※ 利用料金は、上記表の要介護度に応じた利用者負担額及び食事代の合計となります。

食事代は、1食600円です。

## 12. 利用料金のお支払方法

- ① 通所介護サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則として利用料の1割、2割又は3割負担となっています。但し、介護保険法令に基づく保険給付を償還払い方式（一旦利用者が利用料の全額を支払い、その後、市町村から7割、8割又は9割分の払い戻しを受ける方法）でご希望される場合は、お申し出ください。
- ② 当事業所では、利用者に対し、サービスの提供日、利用料金等の内訳を記載した請求書を作成し、翌月10日までに請求します。
- ③ 利用料金は、原則本人様名義の口座振替の方法により20日までにお支払いください。

## 13. 保険給付のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでもお申し出ください。

## 14. サービス利用にあたっての禁止行為

利用者及び家族等が当事業所や当事業所の職員に対し下記の禁止行為を繰り返す等、契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、当事業所は即座にサービスを終了することができます。

- 1、当事業所の職員に対しての暴言、暴力、いやがらせ、誹謗中傷の迷惑行為。
- 2、パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為。
- 3、サービス利用中に利用者以外の写真や動画の撮影、又録音などをインターネットなどに掲載する事。

令和 年 月 日

私は、サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項及びサービス内容について説明を受けました。

利用者住所：

氏名：

署名代行者兼代理人住所：

氏名：

利用者との続柄：

当事業所は、サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項及びサービス内容について説明を行いました。

慈晃園デイサービスセンター

管理者氏名：

説明者氏名：