

医療法人春水会「デイサービスかもと」

指定通所介護

日常生活支援総合事業 通所型サービス

重要事項説明書

当事業所は下記の指定を受けています。

【指定通所介護】 熊本県指定 第4370801161号

【山鹿市日常生活支援総合事業 通所型サービス 第一号通所事業】

当事業所はご契約者に対して指定通所介護及び日常生活支援総合事業における通所型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、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人春水会
主たる事務所の所在地	熊本県山鹿市山鹿1540番地
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 原 暁生
設立年月日	昭和30年11月28日
電話番号	0968-43-6611
ファクシミリ番号	0968-43-3111
ホームページアドレス	http://www.yamagachuohp.jp/

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービスかもと
事業所の種類・指定番号	指定通所介護 熊本県指定 第4370801161号
所在地	熊本県山鹿市鹿本町来民1206番地
電話番号	0968-46-5111
ファクシミリ番号	0968-46-6200
開設年月日	平成27年12月1日
管理者の氏名	山本 由香
サービス提供地域	山鹿市・菊池市・熊本市北区植木町の区域 (菊池市・熊本市北区植木町の区域においては要介護のみ)
実施しているその他の事業	通所リハビリ・訪問リハビリ・訪問看護・訪問介護 居宅療養管理指導、居宅介護支援事業

3. ご利用事業所の設備概要

建物の構造	非木造 4階建ての1階部分
延べ床面積	143.307㎡
利用定員	20名
設備	相談室、静養室、機能訓練室・食堂、トイレ、脱衣室・浴室

4. 事業の目的及び運営方針

事業の目的 及び運営方針	利用者が有する能力に応じ、可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とする。
-----------------	--

5. 事業所の職員体制と各職種の業務内容

ご利用事業所の従業者の職種	常勤換算	勤務の体制
管理者	0.7	勤務時間：8時00分～17時10分 ☆原則として1名の管理者を配置します。
生活相談員	1.2	勤務時間：8時00分～17時10分 ☆原則として1名の生活相談員が勤務します。
看護師又は准看護師	2.0	勤務時間：8時00分～17時10分 ☆原則として1名の看護師又は看護職員が勤務します。
介護職員	3.0	勤務時間：8時00分～17時10分 ☆原則として2名の介護職員が勤務します。
機能訓練指導員	1.0	勤務時間：8時00分～17時10分 ☆原則として1名の機能訓練指導員が勤務します。

(1) 各職種の業務内容

管理者・・・・・・・・事業所における一元的な管理・運営を行います。

生活相談員・・・・ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

看護職員・・・・ご契約者の健康管理（健康チェック・身体状態の観察・必要な処置健康相談等）を行います。

介護職員・・・・ご契約者の日常生活上の介護並びに健康維持のための相談、助言等を行います。

機能訓練指導員・・ご契約者の心身等の状況に応じ、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を行います。

6. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝祭日含但し12月30日～1月3日を除く）
営業時間	月曜日～土曜日 8時00分～17時10分
サービス提供時間	月曜日～土曜日 9時30分～16時00分

7. 提供するサービス内容と利用料金

当事業所ではご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

- | |
|---|
| (1)利用料金が介護保険から給付される場合
(2)利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、ご契約者の「介護保険負担割合証」に記載された割合を除いた利用料が介護保険から給付されます。

【サービスの概要】

- ・入浴介助 入浴に関する一連の介助（着脱・洗身・洗髪等）を行います。
 - ・排泄介助 排泄に関する一連の介助を行います。
 - ・機能訓練 ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
 - ・送迎サービス ご契約者の希望により、ご自宅から事業所までの送迎を行います。
- ① ご契約者がまだ要介護認定を受けておられない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。又、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ② 介護保険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。

(2) 介護保険の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

【サービスの概要と利用料金】

① 食事提供サービス

- ・当事業所では管理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及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のために離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則としています。

食事時間 12時00分より

料金 500円（昼食・おやつ代含）

② レクリエーション、クラブ活動

- ・ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加することができます。

材料代 実費

③ 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いただきます。

1枚につき15円<税別>

④ 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いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

⑤ オムツ代

- ・オムツ等は自宅よりご持参いただきますが、緊急時等はデイセンターのものをご利用していただく場合もあります。オムツ等の種類により、実費をご負担いただきます。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合には事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は1ヶ月毎に計算しご請求しますので、翌月26日までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。

- | |
|--------------------|
| ①現金支払い
②口座引き落とし |
|--------------------|

(4) 利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、若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事業者申し出て下さい。

②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、キャンセル料として下記の料金をお支払い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事由がある場合は、この限りではありません。

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| ・利用予定日の前日までに申し出があった場合 | 無料 |
| ・利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金の10%
(自己負担相当額) |

③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出来ない場合、ほかの利用可能日時を契約者に提示して協議します。

(5) サービス利用金額

下記の料金表によって、ご契約者の要介護に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（介護保険負担割合証に記載された自己負担額）をお支払い下さい。

◎指定通所介護（3時間以上～4時間未満）

ご契約者の 要介護度と サービス利 用料金	要介護 1 3,700 円	要介護 2 4,230 円	要介護 3 4,790 円	要介護 4 5,330 円	要介護 5 5,880 円
介護保険か ら給付され る金額	9割 3,330 円	9割 3,807 円	9割 4,311 円	9割 4,797 円	9割 5,292 円
	8割 2,960 円	8割 3,384 円	8割 3,832 円	8割 4,264 円	8割 4,704 円
	7割 2,590 円	7割 2,961 円	7割 3,353 円	7割 3,731 円	7割 4,116 円
サービス利 用に係る自 己負担金	1割負担 370 円	1割負担 423 円	1割負担 479 円	1割負担 533 円	1割負担 588 円
	2割負担 740 円	2割負担 846 円	2割負担 958 円	2割負担 1,066 円	2割負担 1,176 円
	3割負担 1,110 円	3割負担 1,269 円	3割負担 1,437 円	3割負担 1,599 円	3割負担 1,764 円

◎指定通所介護（4時間以上～5時間未満）

ご契約者の 要介護度と サービス利 用料金	要介護 1 3,880 円	要介護 2 4,440 円	要介護 3 5,020 円	要介護 4 5,600 円	要介護 5 6,170 円
介護保険か ら給付され る金額	9割 3,492 円	9割 3,996 円	9割 4,518 円	9割 5,040 円	9割 5,553 円
	8割 3,104 円	8割 3,552 円	8割 4,016 円	8割 4,480 円	8割 4,936 円
	7割 2,716 円	7割 3,108 円	7割 3,514 円	7割 3,920 円	7割 4,319 円
サービス利 用に係る自 己負担金	1割負担 388 円	1割負担 444 円	1割負担 502 円	1割負担 560 円	1割負担 617 円
	2割負担 776 円	2割負担 888 円	2割負担 1,004 円	2割負担 1,120 円	2割負担 1,234 円
	3割負担 1,164 円	3割負担 1,332 円	3割負担 1,506 円	3割負担 1,680 円	3割負担 1,851 円

◎指定通所介護（5時間以上～6時間未満）

ご契約者の 要介護度と サービス利 用料金	要介護 1 5,700 円	要介護 2 6,730 円	要介護 3 7,770 円	要介護 4 8,800 円	要介護 5 9,840 円
介護保険か ら給付され る金額	9割 5,130 円	9割 6,057 円	9割 6,993 円	9割 7,920 円	9割 8,856 円
	8割 4,560 円	8割 5,384 円	8割 6,216 円	8割 7,040 円	8割 7,872 円
	7割 3,990 円	7割 4,711 円	7割 5,439 円	7割 6,160 円	7割 6,888 円
サービス利 用に係る自 己負担金	1割負担 570 円	1割負担 673 円	1割負担 777 円	1割負担 880 円	1割負担 984 円
	2割負担 1,140 円	2割負担 1,346 円	2割負担 1,554 円	2割負担 1,760 円	2割負担 1,968 円
	3割負担 1,710 円	3割負担 2,019 円	3割負担 2,331 円	3割負担 2,640 円	3割負担 2,952 円

◎指定通所介護（6時間～7時間未満）

ご契約者の 要介護度と サービス利 用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護保険か ら給付され 金額	9割 5,840円	9割 6,890円	9割 7,960円	9割 9,010円	9割 10,080円
	8割 4,672円	8割 5,512円	8割 6,368円	8割 7,208円	8割 8,064円
	7割 4,088円	7割 4,823円	7割 5,572円	7割 6,307円	7割 7,056円
サービス利 用に係る自 己負担額	1割負担 584円	1割負担 689円	1割負担 796円	1割負担 901円	1割負担 1,008円
	2割負担 1,168円	2割負担 1,378円	2割負担 1,592円	2割負担 1,802円	2割負担 2,016円
	3割負担 1,752円	3割負担 2,067円	3割負担 2,388円	3割負担 2,703円	3割負担 3,024円

加算項目

入浴加算	個別機能 訓練加算 I	サービス提供 体制強化加算 I	介護職員等処遇改 善加算Ⅲ	科学的介護 推進体制加 算	栄養アセス メント加算
40 単位 (円) / 回	56 単位 (円) /回	22 単位 (円) /回	所定単位数×8.0% (令和6 年6月より)	40 単位 (円) /月	50 単位 (円) /月

※送迎料金は基本単価の中に含まれます。

※同一建物内のサービス付高齢者向け住宅（メディケアホームかもと）入居の方で「デイサービスかもと」を利用される方は、基本サービス費から 94 単位/回が差し引かれます。

◎通所型サービス（要支援の方）山鹿市日常生活支援総合事業（第一号通所事業）

要支援 1 の方	要支援 2 の方
月 1～3 回利用した場合の利用料金 436 単位 (円) ×回数 (回数払い)	月 1～7 回利用した場合の利用料金 447 単位 (円) ×回数 (回数払い)
月 4 回以上利用した場合の利用料金 1,798 単位 (円) /月 (包括払い)	月 8 回以上利用下場合の利用料金 3,621 単位 (円) /月 (包括払い)

加算項目

栄養アセスメ ント加算	サービス提供体制強化 加算 I	介護職員等処遇改善 加算Ⅲ	科学的介護推進体制 加算
50 単位 (円) /月	要支援 1 88 単位 (円) /月 要支援 2 176 単位 (円) /月	所定単位数×8.0 (令 和 6 年 6 月より)	40 単位 (円) /月

※同一建物内のサービス付高齢者向け住宅（メディケアホームかもと）入居の方で「デイサービスかもと」を利用される方は、要支援 1 の方で基本サービス費 1 月利用合計単位から 376 単位 (円) /月、要支援 2 の方で 752 単位 (円) /月が差し引かれます。

8. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。

- ⑤ 事業者及びサービス従業者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）但し、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関名等にご契約者の心身等の情報を提供します。又、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

9. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- ・施設、設備、敷地を本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設設備等を壊したり汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をいただく場合があります。
- ・当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) 喫煙及び飲酒

- ・事業所内及び敷地内は全館禁煙となっております。又アルコール類の持ち込みは一切お断りいたします。

10. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

11. 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） 生活相談員 添田 恵美子

苦情解決責任者 管理者 山本 由香

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8：30～17：00

○電話番号 0968-46-5111

○ファックス 0968-46-6200

(2) 苦情処理の方法

①苦情の受付

苦情受付担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。その際、次の事項を書面に記入し、苦情申し出人に確認します。

②苦情受付の報告

苦情受付担当者は、受理した苦情を苦情解決責任者に報告します。

③苦情解決の話し合い

苦情解決責任者は職員代表による苦情解決委員会を別に組織し、十分検討のうえ、苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

○山鹿市役所

熊本県山鹿市山鹿 987-3 山鹿市役所長寿支援課介護サービス係

TEL 0968-43-1180 FAX 0968-43-1170

○熊本県庁

熊本県熊本市中央区水前寺 6 丁目 18-1 熊本県庁長寿社会局高齢者支援課
介護サービス班

TEL 096-333-2219 FAX 096-384-5052

○熊本県国民健康保険団体連合会苦情相談窓口

熊本県熊本市健軍 1 丁目 18 番地 7 号

TEL 096-214-1101 FAX 096-214-1105

1 2. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また、緊急連絡先に連絡いたします。			
利用者の主治医	氏名		
	所属医療機関の名称		
	所在地		
	電話番号		
協力医療機関	医療機関の名称	武内医院	山鹿中央病院
	院長名	水足 久美子	原 暁生
	所在地	山鹿市鹿本町来民693番地	山鹿市山鹿1000番地
	電話番号	0968-46-2620	0968-43-6611
	入院設備	有	有
	救急指定の有無	無	有
	契約の概要	当事業者と病院は同一法人経営	
家族等 緊急連絡先	氏名		
	住所		
	電話番号		

当事業者は、「デイサービスかもと」が提供する指定通所介護及び日常生活支援総合事業における通所型サービスの提供開始に当たり、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 医療法人春水会 理事長 原 暁生 印

名称 デイサービスかもと

説明者 所属

氏名

印

私は、重要事項説明書に基づいて、上記事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

印

利用者の家族 住所

又は代理人

氏名

印