

## 介護保険制度

|  |             |
|--|-------------|
|  | 通 所 介 護 事 業 |
|  | 介護予防通所サービス  |

※上記該当欄に✓記入すること

## 重要事項説明書

法人名 社会福祉法人 陽光

事業所名 デイサービスセンター みかんの木

熊 本 市 指 定 事 業 所 番 号

第 4370113567 号

# デイサービスセンターみかんの木 重要事項説明書

<令和8年6月1日現在>

## 1 通所介護事業者（法人）の概要

|               |                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 名 称 ・ 法 人 種 別 | 社会福祉法人 陽光                                                                              |
| 代 表 者 名       | 理事長 上野 歩                                                                               |
| 所 在 地 ・ 連 絡 先 | （住所）〒861-5348<br>熊本県熊本市西区河内町白浜字堀切 1440 番地 2<br>（電 話）096-278-4055<br>（FAX） 096-278-4056 |

## 2 事業所（ご利用施設）

|           |                                                                               |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 施 設 の 名 称 | デイサービスセンター みかんの木                                                              |
| 所在地・連絡先   | （住所）〒860-0048<br>熊本県熊本市西区池上町 516-1<br>（電 話）096-211-1000<br>（FAX） 096-211-1010 |
| 事 業 所 番 号 | 熊本市 第 4370113567 号                                                            |
| 管理者の氏名    | 井手 淳一                                                                         |
| 利 用 定 員   | 45 名                                                                          |

## 3 施設の職員体制

| 従業者の職種  | 人数<br>(人) | 区 分   |    |        |    | 常勤換算後<br>の人数(人) | 職 務 の 内 容          |
|---------|-----------|-------|----|--------|----|-----------------|--------------------|
|         |           | 常勤(人) |    | 非常勤(人) |    |                 |                    |
|         |           | 専従    | 兼務 | 専従     | 兼務 |                 |                    |
| 管理者     | 1         |       | 1  |        |    | 0.3             | 施設の運営管理を統括する。      |
| 生活相談員   | 2         |       | 2  |        |    | 1.5             | 利用者の生活相談、指導に関すること。 |
| 介 護 職 員 | 9         | 3     | 3  | 3      |    | 6.1             | 利用者の日常生活の介護に関すること。 |
| 看 護 職 員 | 3         |       | 2  | 1      |    | 0.4             | 利用者の看護、保健衛生に関すること。 |
| 機能訓練指導員 | 4         | 1     | 3  |        |    | 2.3             | 利用者の機能訓練指導に関すること。  |

## 4 職員の勤務体制

| 従業者の職種  | 勤務体制                                         |
|---------|----------------------------------------------|
| 管理者     | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30） ・ 常勤で勤務                 |
| 生活相談員   | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30） ・ 常勤で勤務                 |
| 介 護 職 員 | 日勤（8：00～17：00）（8：30～17：30）<br>延長（7：00～20：00） |
| 看 護 職 員 | 日勤（8：00～17：00）（8：30～17：30）                   |
| 機能訓練指導員 | 日勤（8：00～17：00）（8：30～17：30）                   |

5 事業の実施地域

|         |     |
|---------|-----|
| 事業の実施地域 | 熊本市 |
|---------|-----|

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

6 営業日

|        |            |
|--------|------------|
| 営業時間   | 8：30～17：30 |
| 営業しない日 | 日曜日、1月1日   |

7 施設サービスの内容と費用

1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

| 種 類         | 内 容                                                                                    |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 入 浴         | 入浴又は清拭を行います。入浴サービスの利用は任意です。                                                            |
| 排 泄         | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助、自立についての援助等を行います。                                                     |
| 個別機能訓練      | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。<br>当施設の保有する器具 車いす・シルバーカー・ホットパック・リハビリ機器 |
| 口 腔 ケ ア     | 利用者個々の口腔機能向上を目的として、口腔清掃・摂食・嚥下機能に関する訓練の指導、若しくは実施を行います。                                  |
| 生 活 指 導     | 利用者の生活面での指導・援助を行います。各種レクリエーションを実施します。                                                  |
| 栄 養 改 善     | 栄養指導が必要な方に、管理栄養士が指導や援助を行います。                                                           |
| グ ル ー プ 活 動 | 生活機能の向上を目的とし、小グループで活動を行います。                                                            |
| 健 康 チェ ッ ク  | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。                                                                 |
| 相 談 及 び 援 助 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。                                                                   |
| 送 迎         | ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎サービスの利用は任意です。                                                      |

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として下記の料金表が利用者の負担となります。

【料金表】

☐通所介護事業 ※ 様の利用料はこちらです。

☐基本（利用者負担額）

| 所要時間<br>要介護度 | 3時間以上<br>4時間未満 | 4時間以上<br>5時間未満 | 5時間以上<br>6時間未満 | 6時間以上<br>7時間未満 | 7時間以上<br>8時間未満 | 8時間以上<br>9時間未満 |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 要介護 1        | 370円           | 388円           | 570円           | 584円           | 658円           | 669円           |
| 要介護 2        | 423円           | 444円           | 673円           | 689円           | 777円           | 791円           |
| 要介護 3        | 479円           | 502円           | 777円           | 796円           | 900円           | 915円           |
| 要介護 4        | 533円           | 560円           | 880円           | 901円           | 1,023円         | 1,041円         |
| 要介護 5        | 588円           | 617円           | 984円           | 1,008円         | 1,148円         | 1,168円         |

☐加算（利用者負担額）

| 種 類              | 利用料                               |
|------------------|-----------------------------------|
| 個別機能訓練加算         | (Ⅰ) イ：56円/日、(Ⅰ) ロ：76円/日、(Ⅱ)：20円/月 |
| 入浴介助加算           | (Ⅰ)：40円/日、(Ⅱ)：55円/日               |
| 栄養アセスメント加算       | 50円/月                             |
| ADL維持等加算         | (Ⅰ)：30円/月、(Ⅱ)：60円/月               |
| サービス提供体制強化加算     | (Ⅰ)：22円 (Ⅱ)：18円 (Ⅲ)：6円 [1回につき]    |
| 科学的介護推進体制加算      | 40円/月                             |
| 介護職員処遇改善加算 Ⅱ (ロ) | 介護保険利用者負担額に 11.8%乗じた額             |

※ 居宅サービス提供票に基づくサービス加算となります。

□介護予防通所サービス ※ 様の利用料はこちらです。

○基本 (利用者負担額)

|               |        |
|---------------|--------|
| 要支援 1 (1月につき) | 1,798円 |
| 要支援 2 (1月につき) | 3,621円 |

○加算 (利用者負担額)

| 種 類            | 利用料 (1月につき)           |           |
|----------------|-----------------------|-----------|
| 栄養アセスメント加算     | 50円                   |           |
| 科学的介護推進体制加算    | 40円                   |           |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ  | 要支援1 88円              | 要支援2 176円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ  | 要支援1 72円              | 要支援2 144円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ  | 要支援1 24円              | 要支援2 48円  |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) | 介護保険利用者負担額に 11.8%乗じた額 |           |

※ 介護予防サービス計画に基づくサービス加算となります。

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様のサービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
  - ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
  - ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。
  - ・利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定通所介護及び指定介護予防通所介護が法定代理受領サービスであるときは、その1割または2割、3割の額とします。
- 利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

## (2) 介護保険給付対象外サービス

- 食費  
食事サービスを受ける方は、食事の実費が必要となります。 1食 480円  
(食事時間) 12:00～13:00 ※栄養士より、栄養と身体状態に配慮した食事を提供します。
- 事業の実施地域外の送迎費  
実施地域以外の地域にお住まいの方は、送迎費として通常の事業の実施地域を超えた地点から片道1kmあたり20円がかかります。
- その他の費用  
サービスの中で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ものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

## 8 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに「7 施設サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、施設窓口か、振り込み、引き落としのいずれかの方法でお支払いください。入金確認後、領収証を発行します。

## 9 施設の目的及び運営方針

### (1) 施設の目的

通所介護事業所及び介護予防通所介護事業所（以下「事業所」）は、要介護又は要支援状態にある高齢者に対し、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、適正な指定通所介護を提供することを目的とします。

### (2) 運営方針

サービスの提供にあたり、運営の方針を次のとおり定めます。

- 1 利用者の心身の特徴を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。
- 2 利用者の意思及び人格を尊重し、常に要介護者等の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- 3 運営にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス事業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ます。

### (3) その他

| 事 項               | 内 容                                                                                                       |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護計画の作成<br>及び事後評価 | 当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、介護計画を作成します。<br>また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面に記載してお客様に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修             | 年2回、実務者の研修を行います。                                                                                          |

## 10 サービス内容に関する苦情等相談窓口

|                                                    |                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設お客様相談窓口<br><br>※上記時間帯、利用日以外でも必要に応じて対応させていただきます。 | 窓口責任者 井手 淳一・中野 優心<br>ご利用時間 [9:00～17:00]<br>ご利用方法 TEL (096-211-1000)<br>面 接 (当施設相談室)<br>苦情箱 (デイサービスホール) |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                         |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 熊本市役所<br>高齢介護福祉課                        | (住所) 〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号<br>T E L 096-328-2347                                                                    |
| 熊本県国民健康保険団体連合会<br>介護保険対策室<br>苦情処理(相談)窓口 | (住所) 〒862-0911<br>熊本市東区健軍2丁目4番10号 熊本県自治会館3階<br>業務時間 8:00~17:00 ※土・日・祝祭日を除く<br>T E L 096-214-1101<br>F A X 096-214-1105 |

### 1.1 緊急時等における対応方法

- サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。
- 緊急時には家族に連絡し、可能であれば来所・対応をお願いする場合があります。また、緊急性が高いと判断した場合は、家族の同意を待たずに医療機関への搬送等を行うことがあります。
- サービス提供中に搬送が必要になった場合は、速やかに対応致します。その後、搬送先でご家族、ご親類またはキーパーソンの方等と合流し、付き添いの引き継ぎをさせていただきます。

|     |             |     |
|-----|-------------|-----|
| 主治医 | 病 院 名 (主治医) | ( ) |
|     | 所 在 地       |     |
|     | 電 話 番 号     |     |

|                 |         |     |
|-----------------|---------|-----|
| 緊急時連絡先<br>(家族等) | 氏名(続柄)  | ( ) |
|                 | 住 所     |     |
|                 | 電 話 番 号 |     |

### 1.2 非常災害時の対策

|                |                                                          |     |           |     |
|----------------|----------------------------------------------------------|-----|-----------|-----|
| 非常時の対応         | 別途定める「みかんの木の消防計画」にのっとり対応致します。                            |     |           |     |
| 避難訓練及び<br>防災設備 | 別途定める「みかんの木の消防計画」にのっとり、昼間を想定した避難訓練をデイサービス利用者の方も参加して行います。 |     |           |     |
|                | 設備名称                                                     | 個数等 | 設備名称      | 個数等 |
|                | スプリンクラー                                                  | なし  | 防火扉・シャッター | なし  |
|                | 避難階段                                                     | なし  | 屋内消火栓     | なし  |
|                | 自動火災報知機                                                  | あり  | ガス漏れ探知機   | なし  |
|                | 誘導灯                                                      | あり  |           |     |
|                | ブラインドは防災性能のあるものを使用しています。                                 |     |           |     |
| 消防計画等          | 熊本西消防署への届出日：令和2年10月1日【防火管理者：河津 磨和】                       |     |           |     |

|                 |         |     |
|-----------------|---------|-----|
| 災害時連絡先<br>(家族等) | 氏名(続柄)  | ( ) |
|                 | 住 所     |     |
|                 | 電 話 番 号 |     |

※1.1の緊急連絡先と同じであれば未記入。(同上)

### 1 3 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や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等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 利用者同士での物のやり取りはご遠慮ください。
- 貴重品の持ち込みは原則禁止させていただきます。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、デイサービスセンター みかんの木の重要事項説明書に基づいて、説明したことを確認し、サービス利用契約を締結します。

令和 年 月 日

事業所

住 所 熊本県熊本市西区池上町 516-1

事業者（法人）名 社会福祉法人 陽光

施 設 名 デイサービスセンター みかんの木

（事業所番号） 熊本市 第 4370113567 号

代表者名 管理者 井手 淳一 印

説 明 者

職 名  
氏 名

生活相談員

私は、デイサービスセンターみかんの木の重要事項説明書に基づいて、担当者から説明を受けたことを確認し、サービス利用契約を締結します。

令和 年 月 日

利用者

住所  
氏名

#### 【任意代理について】

利用者が自らの意思を表明することが困難な状況である為に、私が利用者に代わり判断を行います。

代理人（選任した場合）

住所  
氏名