

# 「介護予防・日常生活支援総合事業における 指定相当通所型サービス」重要事項説明書

## デイサービスセンターとしみ

当事業所はご契約者に対して介護予防・日常生活支援総合事業における通所介護事業（通所型サービス）（以下、「指定相当通所型サービス」といいます。）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通り説明します。

※当サービス利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方、または、基本チェックリストにより介護予防・生活支援サービス事業対象者が対象となります。認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### 1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社 ハートケア
- (2) 法人所在地 宮崎県北諸県郡三股町大字樺山4836番地26
- (3) 電話番号 (0986) 53-3325 FAX (0986) 53-3326
- (4) 代表者氏名 本田 和幸
- (5) 設立年月日 平成16年12月1日

### 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防・日常生活支援総合事業における通所介護事業（指定相当通所型サービス）
- (2) 事業所の名称 デイサービスセンター としみ
- (3) 事業所の所在地 宮崎県北諸県郡三股町大字樺山4836番地26
- (4) 電話番号 (0986) 53-3325 FAX (0986) 53-3326
- (5) 管理者氏名 本田 和幸
- (6) 開設年月 平成17年 6月 1日
- (7) 利用定員 55名（通所介護含む）

### 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 都城市、三股町
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8：00～17：00
サービス提供時間	9：20～15：30
定休日	8月15日・12月31日・1月1日～1月3日

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定相当通所型サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1名	1
2. 介護職員	9名以上	9
3. 生活相談員	1名以上	1
4. 看護職員	1名以上	1
5. 機能訓練指導員	2名以上	1

※常勤換算～職員それぞれの週あたりの勤務時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、  
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

## 5. 当事業所の利用における利用料金

### (1) 指定相当通所型サービス

サービスを利用した場合の利用料金は以下のとおりであり、原則として介護保険負担割合に定める割合の額をお支払いいただきます。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

通所型サービス利用料金・・・下記①と②の合計となります。

※この表は1割負担の金額になります。

#### ①基本利用料金

利用者の要介護度	利用者負担 (ひと月の料金です)
事業対象者 要支援1	1, 798円
事業対象者 要支援2	3, 621円

ご利用回数	利用者負担	
週1回ご利用 月4回まで	1回	436円
5週目(5回利用)	1月	1, 798円
週2回ご利用 月8回まで	1回	447円
5週目(9回利用)	1月	3, 621円

#### ②加算（ひと月の料金です）

加算の種類	利用者負担	加算の種類	利用者負担
若年性認知症 利用者受入加算	240円	口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150円
事業所評価加算	120円	口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160円
生活機能向上 グループ活動加算	100円	サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	88円
			176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(Ⅱ)	72円
			144円
処遇改善加算Ⅰ	※ア 5.9%	サービス提供体制 強化加算(Ⅲ)	24円
			48円
ベースアップ等 支援加算	※イ 1.1%	介護職員等 処遇改善加算(Ⅲ)	※ウ 8.0%

※ア※イ ひと月の利用料金に5.9%と1.1%が課せられます。令和6年5月31日迄

※ウ ひと月の利用料金に8.0%が課せられます。令和6年6月1日より

☆ご契約者がまだ介護保険認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、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）。また、介護予防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。

☆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) その他の費用

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### ① 食事の提供

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

主食及び汁物代 1回あたり50円

副食代 1回あたり実費相当（ご契約者が選択した弁当業者の金額による）

おやつ代 30円

但し、通常の食事形態と違った特別食の場合は、上記食費以外の実費相当額を頂く場合があります。

### ② レクリエーション

ご契約者の希望によりレクリエーションや各種活動に参加していただくことができます。利用料金：材料代等の実費

### ③ 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していただきます。

（例）おむつ代等

☆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、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1カ月前までにご説明します。

## (3) 利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、翌月10日までに精算をし、請求いたします。請求書をご確認の上、毎月20日までにお支払いください。

## (4) 利用の中止、変更、追加

利用予定日の当日午前8時までに、ご契約者の都合により、通所型サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日午前8時までに事業者申し出てください。

## 6. 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。また、苦情受付ボックスをデイサービスセンター受付に設置しています。

○苦情受付窓口（担当者） 本田 和幸 （管理者）

[電 話] (0986) 53-3325

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:00～17:00

## (2) 行政機関、その他苦情受付機関

都城市役所 いきいき長寿課	所在地：都城市姫城町6街区21号 【tel】 (0986) 23-2685 【fax】 (0986) 23-2143
三股町役場 高齢者支援課 介護高齢係	所在地：北諸県郡三股町五本松1番地1 【tel】 (0986) 52-1111 【fax】 (0986) 52-4944
国民健康保険団体連合会	所在地：宮崎市下原町231番地1 【tel】 (0985) 35-5301 【fax】 (0985) 25-0268

## 7. ハラスメント行為の禁止について

### (1) ハラスメントの分類

身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為

精神的暴力：個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

セクシュアルハラスメント：

意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求など、性的な嫌がらせ行為

### (2) ハラスメントを防ぐための当事業所の対応

ハラスメント行為については、いかなる場合でも認められるものではありません。

ハラスメント行為により、ご契約者と職員の間健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止または契約を解除することがあります。

## 8. 事故等発生時の対応について

### (事故発生時の対応方法)

ご契約者に対する指定通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、ご契約者に係る主治医・ご家族・居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、ご契約者に対する指定通所介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償(病院受診費用等)を速やかに行います。

## 9. 虐待の防止について

事業所は虐待の発生またはその再発を防止するため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

○虐待防止のための対策を検討する①委員会の開催②指針の整備③定期的な職員研修を行います。

○ご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

○虐待防止に関する担当者を設置しています。

高齢者虐待防止担当者：中馬 慎一郎

〔職 名〕 デイサービス事業課長

サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に擁護している家族・親族・同居人など）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

令和 年 月 日

指定相当通所型サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンターとしみ

生活相談員 氏名 楠見 翔大 印

私は、本書面に基ついて事業所から重要事項の説明を受け、指定相当通所型サービスの提供開始に同意しました。

利用者

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

代筆者（ \_\_\_\_\_ ） 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

家族（代理人）

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。