

# 通所介護重要事項説明書

## 1. 事業者

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 興正会      |
| (2) 法人所在地 | 鹿児島県出水市境町1822番地 |
| (3) 電話番号  | 0996-67-5070    |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 小幡 美枝子      |
| (5) 設立年月日 | 昭和56年10月19日     |

## 2. 事業所の概要

- |            |   |
|------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護事業所<br>平成12年 3月 9日指定<br>鹿児島県4670800129号 |
|------------|---|

\* 当事業所は特別養護老人ホーム 出水の里に併設されています。

### (2) 事業所の目的

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、利用者に、通所介護サービスを提供します。

- |               |                     |
|---------------|---------------------|
| (3) 事業所の名称    | デイサービスセンター出水の里（さつき） |
| (4) 事業所の所在地   | 鹿児島県出水市境町1822番地     |
| (5) 電話番号      | 0996-67-3802        |
| (6) 管理者氏名     | 小幡 美枝子              |
| (7) 当事業所の運営方針 |                     |

単なる生活支援ではなく、自立支援を基調とし、目配り・気配り・思いやり・の精神で、豊かさ（食）快適さ（住）温かさ（心）を追求する。

- |           |            |
|-----------|------------|
| (8) 開設年月日 | 平成17年5月15日 |
|-----------|------------|

### (9) 通常の事業の実施地域

出水市

※他市町村の利用者については、保険者間の調整にて利用できます。

### (10) 営業日及び営業時間

営業日 月曜日から日曜日・祭日

休日 年中無休

営業時間 午前9時から午後7時

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| (11) 利用定員 | 1日に通所介護のサービスを提供する定員は12名 |
|-----------|-------------------------|

- |             |                      |
|-------------|----------------------|
| (12) 協力歯科医院 | 徳森歯科医院（出水市米ノ津町16-26） |
|-------------|----------------------|

※口腔機能についての看護・介護職員への教育・指導並びに口腔内のアセスメントや口腔衛生指導・訓練・評価等の支援協力体制をとっています。

## 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護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。

- (1) 管理者 1名 (介護老人福祉施設の管理者と常勤で兼務)

管理者は職員等の管理及び業務の管理を一元的に行なう。

- (2) 生活相談員 1名 (常勤専従)

1名 (常勤兼務)

生活相談員は、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所内のサービスの調整、居宅介護支援事業者等他の機関との連携において必要な役割を果たす

- (3) 看護職員兼介護職員 1名 (常勤専従) 機能訓練員と兼務

1名 (常勤兼務) //

看護職員は、健康チェック等を行なうことにより利用者の健康状態を、的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行なう。

- (4) 介護職員 2名 (常勤専従)

3名 (非常勤専従)

介護職員は、通所介護の提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し、適切な介助を行なう。

## 2. 当事業所が提供するサービスと利用料金

- (1) 当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

### ①日常生活上の援助

日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行ないます。

〔排泄の介助・移動の介助・通院の介助等その他必要な身体介護・養護(休養)〕

### ②健康状態の確認

看護職員が、ご利用者の健康状態をチェックいたします。

### ③機能訓練サービス

利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するため、個別の機能訓練計画を作成・実施いたします。並びに利用者の心身の活性化を図るための各種サービス(アクティビティ・サービス)を提供いたします。

日常生活動作に関する訓練・レクリエーション(アクティビティ・サービス)

グループワーク・行事的活動・体操・趣味活動

### ④口腔ケアサービス

口腔機能の低下が見られる方、またはその恐れのある方について、看護師が立てた個別の計画により、口腔機能向上へ向けた指導・訓練・情報の提供等、必要なサービスを提供いたします。

### ⑤送迎サービス

障害の程度、地理的条件等により送迎を必要とする利用者については専用車輛により送迎を行なう。また、必要に応じて送迎車輛への昇降及び移動の介助を行ないます。

### ⑥入浴サービス

一般浴槽による入浴、清拭をおこないます。又は特殊浴槽を使用して入浴できます。

⑦食事サービス

当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

⑧相談、助言等に関すること

利用者及びそのご家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言等を行いません。

(2) サービス利用料金

下記の利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です。）

サービス提供時間 9:00~16:15（7時間以上8時間未満） 単位：円

項目	基本料	入浴加算Ⅰ	個別機能訓練加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅲ	食費	利用者負担額
要介護1	894円	40円	27円	6円	500円	1,467円
要介護2	989円	40円	27円	6円	500円	1,562円
要介護3	1,086円	40円	27円	6円	500円	1,659円
要介護4	1,183円	40円	27円	6円	500円	1,756円
要介護5	1,278円	40円	27円	6円	500円	1,851円

○科学的介護推進体制加算⇒40単位/月

○介護職員処遇改善加算Ⅰ（10.4%）＋特定処遇改善加算Ⅱ（2.4%）＋  
介護職員等ベースアップ等支援加算（2.3%）＝15.1% ※令和6年5月31日迄  
※令和6年6月より、“介護職員等処遇改善加算Ⅱ（17.4%）”

○総単位数＋利用日数×17.4%（令和6年5月31日迄は15.1%）

※総単位数とは、基本料、入浴、個別機能訓練、体制強化加算を合計した単位数です。

・送迎を行わない場合は片道47単位差し引きます。

○若年性認知症利用者（65歳未満）受入加算として1回毎に60円加算されます。

【延長料金】 「9時間以上10時間未満」の利用者負担額に50円加算されます。

「10時間以上11時間未満」の利用者負担額に100円加算されます。

「11時間以上12時間未満」の利用者負担額に150円加算されます。

「12時間以上13時間未満」の利用者負担額に200円加算されます。

「13時間以上14時間未満」の利用者負担額に250円加算されます。

(3) 支払い方法

利用日ごとに自己負担金をお支払いいただきますと領収書を発行いたします。なお、お支払いの方法は話し合いの上、双方合意した方法で行ないます。

(4) 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、ご利用者都合により、通所サービスの利用を中止又は変更、も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実施日の前日までに申し出てください。

3. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

デイサービスセンター出水の里（さつき） 電話番号 0996-67-3802

相談員 池上 翔

対応時間 8:30～17:30

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

出水市介護保険担当課 電話 0996-63-2111

阿久根市介護保険担当課 電話 0996-73-1229

鹿児島県国民健康保険団体連合会 電話 099-206-1084

鹿児島県社会福祉協議会 電話 099-257-3855

『説明確認』

令和 年 月 日

通所介護契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 鹿児島県出水市境町1822番地  
事業者名 社会福祉法人 興正会  
説明者 印

通所介護契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話 \_\_\_\_\_

代理人又は立会人

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
続柄 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_