

通所介護・予防型通所介護重要事項説明書

（令和 6年 6月 1日 現在）

1. 事業所の概要

事業者名：株式会社 愛世
代表者名：代表取締役 吉松 靖代
所在地：鹿児島市下伊敷1丁目3番13号 電話番号:099-208-4800
事業所名：デイサービスセンターあいせ
所在地：鹿児島市下伊敷1丁目3番13号 電話番号:099-208-4800
介護保険事業所番号：4670107129
管理者名：小野原 直子
通常の事業実施地域：鹿児島市

2. 職員の体制

| 職種 | 常勤 | 非常勤 | 資格等 | 業務内容 |
|---------|------|-----|---------------------------------|--|
| 管理者 | 1名 | | 介護福祉士 (介護職員兼務) | 事業所の従業員の管理及び業務、 通所介護計画の管理を一元的に行う。 |
| 生活相談員 | 1名以上 | | 介護福祉士 (介護職員兼務) | 事業所の利用の申込みに係る調整、生活 相談、通所計画の作成等の業務を行う。 |
| 介護職員 | 6名以上 | | ヘルパー2級 介護福祉士等 | 利用者の心身状況の把握、事業所での 日常介護等の業務を行う。 |
| 看護職員 | 1名以上 | | 看護師、准看護師 (介護職員兼務) | 利用者の心身状況の把握、健康管理、 保健衛生等の業務を行う。 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 | | 柔道整復師 / 看護師 鍼灸・マッサージ師 / 准看護師 | 心身機能の維持・向上のための訓練指導 助言等の業務を行う。 |

3. 施設の設備等

定員：35名／日

食堂及び機能訓練室：1 (109.23m²)

相談室：1 (5.1m²)

静養室：1 (2.9m²)

浴室：1 (12.3m²)

4. 営業日等

| | | |
|---|----------|---------------------------|
| | 営業日 | 月曜日～土曜日 |
| ① | 営業時間 | 午前8時30分～午後5時30分 |
| | サービス提供時間 | 午前9時00分～午後5時00分 |
| | 定休日 | 日曜日 |
| | その他の休日 | (8月14日～15日)・(12月30日～1月3日) |

5. 運営の方針

指定通所介護及び介護予防通所介護又は、予防型通所介護サービスは、
個人を尊重し、これまで生きてきてよかったと思えるよう関わりを持ち

利用者の要介護状態の軽減、若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に最大限資するよう、その目標を設定し、評価しながら成果として現れるように計画的に行う。

6. サービス内容

- 食 事：食事を希望される利用者に対して、必要な食事サービスを提供します。
当事業所では、給食業者と提携し、カロリー計算、栄養管理された食事を提供します。
- 入 浴：入浴を希望される利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。
利用者の体調に留意し、入浴時、更衣時には職員が必要に応じた介助をします。
- 排 泄：必用に応じて、プライバシーに配慮した排泄の介助を行います。
- 送 迎：利用者のご希望に応じ、ご自宅から当事業所までの送迎を行います。
- 機 能 訓 練：利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその低下を防止するための訓練を実施します。
- 生 活 相 談：利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

7. 利用料金(1) 基本料金(厚生労働大臣の定める基準によるものとする)

当事業所の通所介護・介護予防通所介護事業所の提供(介護保険適用部分)に際し利用者が負担する利用料は介護保険負担割合証に定める割合証に定める割合の額です。
予防型通所介護を提供した場合は、鹿児島市長が定める基準上の額とする。

①通所介護(通常規模型) ・基本部分

・3時間以上4時間未満

| 区 分 | 利用者負担額 (1日) | |
|----------|-------------|---------|
| 利用者負担の割合 | 1割 | 2割 |
| 要介護1 | 370円/回 | 740円/回 |
| 要介護2 | 423円/回 | 846円/回 |
| 要介護3 | 479円/回 | 958円/回 |
| 要介護4 | 533円/回 | 1066円/回 |
| 要介護5 | 588円/回 | 1176円/回 |

・6時間以上7時間未満

| 区 分 | 利用者負担額 (1日) | |
|----------|-------------|---------|
| 利用者負担の割合 | 1割 | 2割 |
| 要介護1 | 584円/回 | 1168円/回 |
| 要介護2 | 689円/回 | 1378円/回 |
| 要介護3 | 796円/回 | 1592円/回 |
| 要介護4 | 901円/回 | 1802円/回 |
| 要介護5 | 1008円/回 | 2016円/回 |

・4時間以上5時間未満

| 区 分 | 利用者負担額 (1日) | |
|----------|-------------|---------|
| 利用者負担の割合 | 1割 | 2割 |
| 要介護1 | 388円/回 | 776円/回 |
| 要介護2 | 444円/回 | 888円/回 |
| 要介護3 | 502円/回 | 1004円/回 |
| 要介護4 | 560円/回 | 1120円/回 |
| 要介護5 | 617円/回 | 1234円/回 |

・7時間以上8時間未満

| 区 分 | 利用者負担額 (1日) | |
|----------|-------------|---------|
| 利用者負担の割合 | 1割 | 2割 |
| 要介護1 | 658円/回 | 1316円/回 |
| 要介護2 | 777円/回 | 1554円/回 |
| 要介護3 | 900円/回 | 1800円/回 |
| 要介護4 | 1023円/回 | 2046円/回 |
| 要介護5 | 1148円/回 | 2296円/回 |

・5時間以上6時間未満

| 区 分 | 利用者負担額 (1日) | |
|----------|-------------|---------|
| 利用者負担の割合 | 1割 | 2割 |
| 要介護1 | 570円/回 | 1140円/回 |
| 要介護2 | 673円/回 | 1346円/回 |
| 要介護3 | 777円/回 | 1554円/回 |
| 要介護4 | 880円/回 | 1760円/回 |
| 要介護5 | 984円/回 | 1968円/回 |

・8時間以上9時間未満

| 区 分 | 利用者負担額 (1日) | |
|----------|-------------|---------|
| 利用者負担の割合 | 1割 | 2割 |
| 要介護1 | 669円/回 | 1338円/回 |
| 要介護2 | 791円/回 | 1582円/回 |
| 要介護3 | 915円/回 | 1830円/回 |
| 要介護4 | 1041円/回 | 2082円/回 |
| 要介護5 | 1168円/回 | 2336円/回 |

・2時間以上3時間未満

| 区分 | 利用者負担額（1日） | |
|----------|------------|--------|
| 利用者負担の割合 | 1割 | 2割 |
| 要介護1 | 272円/回 | 544円/回 |
| 要介護2 | 311円/回 | 622円/回 |
| 要介護3 | 351円/回 | 702円/回 |
| 要介護4 | 392円/回 | 784円/回 |
| 要介護5 | 432円/回 | 864円/回 |

・加算（要介護者）

| 加算項目 | 利用者負担額 | |
|-------------------|-----------------------|--------|
| 利用者負担の割合 | 1割 | 2割 |
| 入浴介助加算Ⅰ | 40円/回 | 80円/回 |
| 個別機能訓練加算Ⅱ | 76円/回 | 152円/回 |
| 介護職員等 処遇改善加算Ⅲ | 1月につき所定料金の 90/1000 | |
| サービス提供 体制強化加算Ⅳ | | 6円/回 |

②予防型通所介護

・基本部分

| 区分 | 利用者負担額 | |
|----------|---------|---------|
| 利用者負担の割合 | 1割 | 2割 |
| 要支援1 | 1798円/月 | 3596円/月 |
| 要支援2 | 3621円/月 | 7242円/月 |

・加算（要支援者）

| 加算項目 | 利用者負担額 |
|-------------------|------------------------|
| 介護職員等 処遇改善加算Ⅲ | 1月につき所定料金の 90/1000 |
| サービス提供 体制強化加算Ⅳ | 支援1 24円/月 支援2 48円/月 |

保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者に支払われない場合にあっては、いったん介護報酬告示額にて算定される料金（10割）をいただき、サービス提供証明書を発行しますので、これを後日市町村の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(2)その他の費用

① 介護保険適用部分以外の実費をご負担いただくのは以下のとおりです。

| 種類 | 基準額 | 備考 |
|----------------------|------|-------------------|
| 食事代 | 650円 | 1食あたり（おやつ代含む） |
| 連絡ノート代 | 100円 | 毎回の体温・血圧・連絡等記入します |
| リハビリパンツ代 | 100円 | |
| 尿とりパッド代 | 50円 | |
| レク材料代、テーピング等 | 実費 | |
| 衛生費（ガーゼ・テープ・防水フィルム等） | 実費 | |

② 特別食をご希望の方は食事代との差額が発生する場合があります。

③ 上記以外で費用が発生する場合は、事前に文書にてお知らせします。

(3)キャンセル料

利用者のご都合でサービスを中止する場合も、キャンセル料はかかりませんが、下記のとおり、食事代の実費をご負担いただく場合があります。

| | |
|------------------------------------|----------|
| ①利用前日の午後5時00までに利用中止のご連絡をいただいた場合 | 無料 |
| ②利用前日の午後5時00までに利用中止のご連絡をいただけなかった場合 | 食事代 650円 |

(4)利用料等の支払方法

料金の支払方法は、現金集金（月まとめ払い）、または口座引落とさせていただきます。

毎月10日までに、前月ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、集金扱いの場合は、請求月の20日までにお支払いください。口座引落の場合は、毎月15日（休日の場合は翌営業日）

8. サービス利用にあたっての注意事項

- (1)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。
- (2)施設内は禁煙です。喫煙はご遠慮ください。
- (3)他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (4)多額な金品は持参しないでください。所持金品は、自己の責任で管理してください。
- (5)施設内での他者への販売活動、宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、容体の変化等があった場合は、事前の打合せにより、かかりつけ医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者等に連絡します。

10. 事故発生時の対応

- (1)サービス提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者のご家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に連絡すると同時に、必要な措置を講じます。
- (2)サービス提供により、賠償すべき事故が生じた場合には、速やかに損害賠償を行います。

11. 非常災害対策

| | |
|-----------|-------------------------------|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 |
| 防 火 訓 練 | 別途定める消防計画にのっとり最低年2回避難訓練を行います。 |
| 防 災 設 備 | 火災報知機、誘導等、消火器 |
| 防 火 責 任 者 | 小野原 直子 |

12. 苦情、相談窓口

- (1)当事業所における苦情やご相談は、以下の窓口で受け付けます。

苦情相談窓口：管理者 小野原 直子

電話番号：099-208-4800

受付時間：8:30～17:30

13. 秘密保持、個人情報保護

秘密保持、個人情報の保護については重要事項別紙に記載

通所介護又は予防型通所介護の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

説明者氏名 小野原 直子

通所介護又は予防型通所介護に関する重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日
(利用者)

住 所 鹿児島市

氏 名

(家族・代理人)

住 所

氏 名

(続柄)