

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

重要事項説明書

＜令和 7 年 4 月 1 日現在＞

1 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別 株式会社 庭 一
代 表 者 名 山下 智子
所在地・連絡先 熊本県熊本市西区中原町 1280 番地
電話 096-311-4651 Fax096-311-4650

2 事業所の概要

（1）事業所名称及び事業所番号

事業所名 デイ木乃庭
所在地・連絡先 熊本県熊本市西区中原町 1280 番地
電話 096-311-4651 Fax096-311-4650

事業所番号 4 3 9 0 1 0 1 0 7 1

管理者名 長谷川 一也

利用定員 12名

（2）事業所の職員体制

（通所介護）

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常 勤 (人)	非常勤 (人)	
管理者	1	1		事業所の管理
生活相談員	4	3	1	相談・生活指導等
看護職員	1		1	心身状況の把握、必要な処置等
介護職員	10	6	4	介護全般
機能訓練指導員	1		1	機能回復訓練

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	サービス提供時間内に常勤で勤務
生活相談員	サービス提供時間内に常勤で勤務
看護職員	サービス提供時間内に常勤で勤務 介護職員、機能訓練指導員と兼務
介護職員	サービス提供時間内に勤務 うち四人は非常勤で勤務
機能訓練指導員	サービス提供時間内に常勤で勤務 介護職員、看護職員と兼務

(4) 営業日および営業時間

【営業日】 月曜日～土曜日

【休業日】 日曜日

【営業時間】 午前8時30分から午後4時30分まで

(5) 事業の実施地域

事業の実施地域 熊本市

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア) サービス内容

①食事 昼食の時間は、12:00～13:30を基本とします。

②入浴 個人浴槽で、必要に応じて職員が適切な介助を行います。浴室、更衣室はともに個室です。浴室、浴槽は毎回清浄しお湯も完全に入れ替えます。

③排泄 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

④機能訓練 機能訓練指導員が利用者の状況に適した機能訓練（孤独の解消、生きがいづくり、精神面のケアおよび筋力の維持等）を行い、心身機能の維持向上に努めます。

⑤生活指導 利用者の生活面での指導・援助を行います。また、各種レクリエーションを実施します。

⑥健康チェック 血圧測定等利用者の健康状態の把握を行います。療養上必要な措置を行い、体調の急変等には主治医の指示を受けて必要な看護を行います。

⑦相談及び援助 利用者とその家族からの各種相談の解決に向けて取り組みます。

⑧送 迎 ご自宅から当事業所まで送迎を行います。

イ) 費用

※介護保険の負担額が一部の方においては2割または3割負担となります。

【料金表】令和6年4月1日改正

(通所介護)

介護保険サービス費

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要介護1	5,430円	5,690円	8,580円	8,800円	9,940円	10,260円
要介護2	5,970円	6,260円	9,500円	9,740円	11,020円	11,370円
要介護3	6,530円	6,840円	10,400円	10,660円	12,100円	12,480円
要介護4	7,080円	7,410円	11,320円	11,610円	13,190円	13,620円
要介護5	7,620円	7,990円	12,250円	12,560円	14,270円	14,720円

介護保険サービス加算費

項 目	利用料	加算の内容
入浴介助加算	400円	入浴介助を行った場合、1日につき
介護職員等処遇改善加算	ご利用総額の17.4%	介護職員の待遇向上を図るための加算

- 介護保険サービス費及びサービス加算費は、介護報酬告知上の額に利用者の負担割合証に記載の割合を乗じた額となります。
- 上記料金算定の基本となる時間は、介護保険制度上、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅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。
- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ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、料金表の利用料金金額をお支払い頂きます。その際、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書を発行します。
- 介護保険での給付の範囲を超えたサービス理由の利用料金は、金額がご利用者様の自己負担となります。

(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、朝食代300円、昼食代350円、夕食350円が必要となります。

○ レクリエーション等材料費、おむつ代

実費をいただきます。

○ その他の費用

ご利用者様の希望により通常サービス提供の範囲を超える保険外の費用、あるいは、ご利用者様に負担させることが適当と認められる費用は、ご利用者様の負担となります。

○ キャンセル料

無料とします。ただし、キャンセルの場合は速やかにその旨をご連絡くださいませ。

(3) 利用料等のお支払方法

毎月15日までに、前月分の請求書を指定する宛て先に送付いたしますので、その月の25日までにお支払ください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、現金にて受付窓口にてお願いします。

なお、その他のお支払い方法についてはご相談ください。

4 損害賠償について

(1) 通所介護のサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかにご利用者様の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。但し、事故発生につきご利用者様に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額する場合があります。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

ご利用者様の充実した生活をサポートするために、当事業所はサービスを提供します。高齢者は、年齢を重ねる毎に心身機能が低下し、また、ご家族と孤立するケースも少なくありません。それらが引き起こす様々な問題に対し、当事業所が出来る範囲で最大限サポートし、ご利用者様の笑顔が少しでも増えるよう努めたいと思います。

(2) 運営方針

可能な限り、住み慣れた地域の中での暮らしが継続できるよう、その意味と意義を中心に捉えたサービスを提供し、老いに向かう社会の中で安心できる暮らしの確立を目指し、地域社会の皆さまに信頼して頂けるよう貢献いたします。

6 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や事故などがあった場合は、速やかにご利用者様の主治医、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地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名	三宅クリニック
	所在地	熊本市西区小島 3 丁目 39-3
	氏名	三宅 孝 Dr
	電話番号	(096) 329 - 5600
緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	続柄 ()
	住所	
	自宅電話番号	() —
	携帯電話番号	() —

7 非常災害時の対策

(1) 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。

(2) 避難訓練

別途定める消防計画にのっとり、年 2 回避難訓練を行います。

(3) 防災設備

誘導灯、消火器

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

行政機関相談窓口	熊本県国民健康保険団体連合会 ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話(096-214-1101)
	熊本市役所健康福祉局福祉部介護保険課介護事業指導室 ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話(096-328-2793)
当事業所相談窓口	窓口責任者 山下 智子 ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話(096-311-4651) 面接(当事業所相談室)

9 重要事項説明書の内容変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予想される場合、または重要事項が変更された場合には、ご利用者様及びそのご家族に書面にて通知致します。

10 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を提示して下さい。
- 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などが生じた場合、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。
- 他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 金品の所持に関する制限は設けませんが、ご利用者様またはご家族の責任で管理をお願いします。当事業所では紛失などの責任は負えません。
- 施設内での他のご利用者様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、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、指定通所介護（介護予防通所介護）のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者

住 所 熊本県熊本市西区中原町 1280 番地

事 業 者 株式会社 庭 一

施 設 名 デイ木乃庭

事業者番号 4390101071

代 表 者 山下 智子 印

説明者

職 名 _____

氏 名 _____ 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護（のサービス内容及び重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

代理人

住所 _____

氏名 _____ 印

サービス内容説明書

1 通所介護サービスの内容

曜日（頻度）	時 間 帯	内 容
月曜日	9：00 ～ 17：00	食事、機能訓練、生活指導、健康チェック、入浴、排泄、レクリエーション、送迎等
火曜日	9：00 ～ 17：00	
水曜日	9：00 ～ 17：00	
木曜日	9：00 ～ 17：00	
金曜日	9：00 ～ 17：00	
土曜日	9：00 ～ 17：00	

2 利用者負担額

あなたが支払う利用者負担額は、以下の通りです。

（1）介護保険適用分（通所介護）

区 分	時 間	単 価	1回あたりの利用料
通所介護費	時 間	円	円
入浴介助加算	1回あたり	400円	円
介護職員処遇改善加算	1回あたり	ご利用総額の 18.1%	円
1回あたりの合計額			① 円
保険適用分（ /100）			② 円
その他の公費負担分（ /100）			③ 円
1回あたりの利用者負担額			④ 円

介護保険適用分の 1回あたりの利用者負担額は、 円となります。

※利用者負担額④＝①－②－③

(2) 介護保険適用分（介護予防通所介護）

区 分	時 間	月額利用料（回／月）	一月あたりの利用料
通所介護費	時間		円
介護予防通所介護利用料合計額			円

介護保険適用分の 1 回当たりの利用者負担額は、円となります。

ただし、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ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 1 カ月につき利用料の全額をお支払いください。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書を発行します。

(3) 介護保険適用外の方

内 容	金 額	回／月	1 カ月あたりの利用料
食費（朝食）	300 円	×	円
食費（昼食・夕食）	350 円	×	円
おむつ代	円	×	円
1 カ月あたりの合計額			円

介護保険適用外の方の 1 カ月当たりの利用料は円になります。

(4) 実施地域外の送迎費については、

☒必要ありません。

(5) 通所介護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携わる費用であって、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。

3 キャンセル料

無料です。ただし、キャンセルされる場合は、速やかにその旨ご連絡下さいませ。

4 利用料等のお支払方法

現金にてお支払ください。

5 この認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）契約は、地域包括支援センターの職員又は指定居宅介護支援事業所_____の介護支援専門員である_____がご利用者のために作成した介護予防サービス支援計画書または居宅サービス計画（ケアプラン）に従った内容です。