

地域密着型通所介護重要事項説明書

〈令和7年2月16日現在〉

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 愛 誠 会
代 表 者 名	理事長 河本 達や
所在地・連絡先	(住 所) 熊本市北区太郎迫町144番1 (電 話) 096-245-2800 (F A X) 096-245-2803

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	通所介護事業所つるのはら
所在地・連絡先	(住 所) 熊本市北区梶尾町1779番7 (電 話) 096-345-1101 (F A X) 096-345-1102
事 業 所 番 号	4390102335
管理者の氏名	前田 匠
利用定員	18名

(2) 事業所の職員体制

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		管理
生活相談員	1	1		処置計画の策定及び各種相談業務
介 護 職 員	1	1		介護サービスの提供
看 護 職 員	2	1	1	看護サービスの提供
機能訓練指導員	2	2		リハサービスの提供

令和6年4月1日現在

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休息時間
管理者	9:00~18:00	12:00~13:00
生活相談員	8:30~17:30 又は 9:00~18:00	交代で1時間
介護職員	8:30~17:30	交代で1時間
看護職員	8:30~17:30	交代で1時間
機能訓練指導員	8:30~17:30	交代で1時間

(4) 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。

(5) 営業日

営業日	営業時間
月曜~土曜	8:30~17:30

営業しない日	12月31日~1月3日
--------	-------------

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

種類	内容
食事	(食事時間) 11:30~13:30 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。食事サービスの利用は任意です。
入浴	入浴又は清拭を行います。寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。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を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により個別に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。
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。

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

原則として料金表の利用料金に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。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証を発行します。

サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

【料金表】

○所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
4,160 円	4,780 円	5,400 円	6,000 円	6,630 円

○所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
4,360 円	5,010 円	5,660 円	6,290 円	6,950 円

○所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
6,570 円	7,760 円	8,960 円	10,130 円	11,340 円

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
6,780 円	8,010 円	9,250 円	10,490 円	11,720 円

○所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
7,530 円	8,900 円	10,320 円	11,720 円	13,120 円

○所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
7,830 円	9,250 円	10,720 円	12,200 円	13,650 円

○ 加算

種 類	利 用 料
若年性認知症利用者受入加算（対象者のみ）	600 円／月
栄養改善加算（対象者のみ月 2 回程度）	1,500 円／回
中重度者ケア体制加算	450 円／日
認知症加算	600 円／日
送迎を行わない場合	-470 円／片道
介護職員処遇改善加算 I	1 カ月の所定単位×1000 分の 59 円
介護職員処遇改善加算 II	1 カ月の所定単位×1000 分の 43 円
介護職員等特定処遇改善加算（I）	1 カ月の所定単位×1000 分の 12 円
介護職員等特定処遇改善加算（II）	1 カ月の所定単位×1000 分の 10 円
介護職員等ベースアップ等支援加算	1 カ月の所定単位×1000 分の 11 円
介護職員等処遇改善加算 I	1 カ月の所定単位×1000 分の 92 円
介護職員等処遇改善加算 II	1 カ月の所定単位×1000 分の 90 円
介護職員等処遇改善加算 III	1 カ月の所定単位×1000 分の 80 円
介護職員等処遇改善加算 IV	1 カ月の所定単位×1000 分の 64 円
サービス提供体制強化加算（III）	60 円／回
生活機能向上連携加算（I）（3 月に一回を限度）	1,000 円／月
生活機能向上連携加算（II） （個別機能訓練を算定している場合は 1,000 円／月）	2,000 円／月
個別機能訓練加算（I イ）	560 円／日
個別機能訓練加算（I ロ）	760 円／日
個別機能訓練加算（II） ※加算 I に上乗せして算定	200 円／月
入浴介助加算（I）	400 円／日
入浴介助加算（II）	550 円／日
口腔・栄養スクリーニング加算（I）（6 月に 1 回を限度）	200 円／回
口腔・栄養スクリーニング加算（II）（6 月に 1 回を限度）	50 円／回
口腔機能向上加算（I）（対象者のみ月 2 回程度）	1,500 円／月
口腔機能向上加算（II）（原則 3 ヶ月以内、月二回を限度）	1,600 円／月
ADL 維持等加算（I）	300 円／月
ADL 維持等加算（II）	600 円／月
ADL 維持等加算（III）	30 円／月
科学的介護推進体制加算	400 円／月
栄養アセスメント加算	500 円／月

栄養改善加算 (原則3ヶ月以内、月二回を限度)	2,000円/回
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	30円/日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	40円/日
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1カ月の所定単位×1000分の92円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1カ月の所定単位×1000分の90円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	1カ月の所定単位×1000分の80円
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	1カ月の所定単位×1000分の64円
高齢者虐待防止措置未実施減算	1カ月の所定単位-1000分の1円
業務継続計画未実施減算	1カ月の所定単位-1000分の3円

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。

(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、600円が必要となります。(おやつ代含む)

○ イベント時などの特別な食事(一食あたり)200円(税込)

※介護保険上の自己負担金に加算する金額です。

○ おむつ代 尿取りパッド1枚40円・リハビリパンツ1枚70円・紙オムツ1枚100円

○ その他の費用

(1) 利用者の希望によって、身の回りとして日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用

(2) 利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用

○ キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

但し、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

当日午前9時までに連絡があった場合	無料
当日午前9時までに連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の100%

4 利用料等のお支払い方法

ア. 利用日当日の現金支払い

イ. 下記指定口座への振り込み

肥後銀行 池田支店

普通預金 口座番号（358297）

口座名 通所介護事業所つるのはら

管理者 淵上 美賀

※ 入金確認後、領収証を発行します。

ウ. 金融機関からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：全ての金融機関

口座振替26日（銀行が休日の場合翌営業日）毎月129円の手数料がかかります

※ 入金確認後、領収証を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、要介護状態にある高齢者に対し、適正な地域密着型通所介護を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

- ① 要介護状態の心身の特性を踏まえて、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、食事の介護等日常生活上必要な世話及び機能訓練を行う。
- ② 関係市町村及び地域の保健・医療・福祉のサービスを提供する者との緊密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) その他

事 項	内 容
通所介護計画の作成及び事後評価	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、通所介護計画を作成します。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（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年数回、職種別、レベル別の研修を行っています。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口担当者	前田 匠
	ご利用時間	9:00～17:00
	ご利用方法	電話 096-345-1101
		面接 当事業所

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

○熊本県国民健康保険団体連合会

〒862-0911 熊本市東区健軍2丁目4-10

TEL 096-214-1101 FAX 096-214-1105

○第三者委員

秦 佑輔(司法書士)

熊本県合志市須屋3106番地4

○熊本市 健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課

〒860-8601 熊本市中央区手取本町1-1

TEL 096-328-2793 FAX 096-327-0855

TEL 090-4351-8533

吉田 樹夫(公認会計士・税理士)

熊本市中央区細工町1-51 スコーピル

TEL 096-212-5066

7 緊急時における対応方法

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。

主治医	病院名及び所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	

8 事故発生時の対応

利用中の事故によりけが等が発生した場合、お客様の主治医に連絡し、当事業所の協力医療機関等において速やかに必要な治療などが受けられるよう措置を講じ、併せてお客様のご家族へ速やかに連絡いたします。

9 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホームつるのはら 消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「特別養護老人ホームつるのはら 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入居者の方も参加して行います。			
	設備名称		設備名称	
	スプリンクラー	○	火災通報装置	○
	自動火災報知機	○	消火器	○
	誘導灯	○	ガス漏れ警報器	○
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	消防署への届出日：平成29年9月28日 防火管理者：洲上 美賀			

10 秘密保持等

職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく他に漏らしません。

2 職員であった者に、業務上知り得た利用者及び家族の秘密を保持させるため職員でなくなった後においても、これら秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容とします。

3 事業者は、関係者、医療機関等に対して、利用者に関する情報を提供する場合には、あらかじめ文書により利用者の同意を得ることとします。

11 サービス利用にあたっての留意事項

居室・設備・器具の利用	事業所内の居室や設備、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。
喫煙	敷地内は全面禁煙となっております。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	事業所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。
動物	事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

12 お客様へのお願い

○ 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。

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、地域密着型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	熊本市北区梶尾町1779番7
	事業者（法人）名	社会福祉法人 愛誠会
	代表者名	理事長 河本 達や 印
	施 設 名	通所介護事業所つるのほら
	（事業所番号）	4390102335
	説明者	
	職 名	
	氏 名	印

私は、サービス内容及び重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者甲	住 所	
	氏 名	印
代理人（選任した場合）	住 所	
	氏 名	印