

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	有限会社 ひだまり
代表者名	代表取締役 若松 眞弓
所在地・連絡先	(住所) 熊本県菊池郡大津町大字岩坂 433 (電話) 096-294-5501 (FAX) 096-294-5501

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	デイサービスセンター いわさか
所在地・連絡先	(住所) 熊本県菊池郡大津町大字岩坂 433 (電話) 096-294-5501 (FAX) 096-294-5501
事業所番号	熊本県 4372601429
管理者の氏名	宮田 悦美
利用定員	25 名

(2) 事業所の職員体制

従業者の種別	人数 (人)	区分	
		常勤 (人)	非常勤 (人)
管理者	1	1	
生活相談員	3	3	0
介護職員	10	7	3
看護職員	4	3	1
機能訓練指導員	5	3	2
事務職等	1		1

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間（ 8：30～17：30） 常勤で勤務
生活相談員	正規の勤務時間（ 8：30～17：30） 常勤で勤務
介護職員	正規の勤務時間（ 8：30～17：30） 常勤で勤務
看護職員	正規の勤務時間（ 9：30～16：40） 常勤で勤務
機能訓練指導員	正規の勤務時間（ 9：30～16：40） 常勤で勤務
事務職等	正規の勤務時間（ 8：30～17：30） 常勤で勤務

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	大津町、益城町、菊陽町、西原村、熊本市（片道30分以内）
---------	------------------------------

※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	月曜日～土曜日 8：30～17：30
-----	--------------------

営業しない日	日曜日、1月1日～1月3日
--------	---------------

3. サービスの内容及び費用

(1) 通所介護

ア サービス内容

種類	
食事	(食事時間) 12 : 00 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	利用者の身体状況に応じて必要な入浴サービスを提供します。 特浴なし。 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。 ＜当施設の保有するリハビリ器具＞ 歩行器 2 台 車椅子 2 台
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。

イ 費用

介護報酬告示上の額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が利用者の負担となります。

お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス利用書に記載します。

{料金表} ※1 割負担の場合

○通所介護 3時間以上4時間未満の場合

	基本料金	入浴	個別機能訓練加算Ⅰロ	サービス提供体制加算Ⅰ	合計（月額）	介護職員等処遇改善加算Ⅰ
要介護1	¥370	¥40	¥76	¥22	¥508	×9.2%
要介護2	¥423	¥40	¥76	¥22	¥561	×9.2%
要介護3	¥479	¥40	¥76	¥22	¥617	×9.2%
要介護4	¥533	¥40	¥76	¥22	¥671	×9.2%
要介護5	¥588	¥40	¥76	¥22	¥726	×9.2%

○通所介護 4時間以上5時間未満の場合

	基本料金	入浴	個別機能訓練加算Ⅰロ	サービス提供体制加算Ⅰ	合計（月額）	介護職員等処遇改善加算Ⅰ
要介護1	¥388	¥40	¥76	¥22	¥526	×9.2%
要介護2	¥444	¥40	¥76	¥22	¥582	×9.2%
要介護3	¥502	¥40	¥76	¥22	¥640	×9.2%
要介護4	¥560	¥40	¥76	¥22	¥698	×9.2%
要介護5	¥617	¥40	¥76	¥22	¥755	×9.2%

○通所介護 5時間以上6時間未満の場合

	基本料金	入浴	個別機能訓練加算Ⅰロ	サービス提供体制加算Ⅰ	合計（月額）	介護職員等処遇改善加算Ⅰ
要介護1	¥570	¥40	¥76	¥22	¥708	×9.2%
要介護2	¥673	¥40	¥76	¥22	¥811	×9.2%
要介護3	¥777	¥40	¥76	¥22	¥915	×9.2%
要介護4	¥880	¥40	¥76	¥22	¥1,018	×9.2%
要介護5	¥984	¥40	¥76	¥22	¥1,122	×9.2%

○通所介護 6時間以上7時間未満の場合

	基本料金	入浴	個別機能訓練加算Ⅰロ	サービス提供体制加算Ⅰ	合計（月額）	介護職員等処遇改善加算Ⅰ
要介護1	¥584	¥40	¥76	¥22	¥722	×9.2%
要介護2	¥689	¥40	¥76	¥22	¥827	×9.2%
要介護3	¥796	¥40	¥76	¥22	¥934	×9.2%
要介護4	¥901	¥40	¥76	¥22	¥1,039	×9.2%
要介護5	¥1,008	¥40	¥76	¥22	¥1,146	×9.2%

○通所介護 7時間以上8時間未満の場合

	基本料金	入浴	個別機能訓練加算Ⅰロ	サービス提供体制加算Ⅰ	合計（月額）	介護職員等処遇改善加算Ⅰ
要介護1	¥658	¥40	¥76	¥22	¥796	×9.2%
要介護2	¥777	¥40	¥76	¥22	¥915	×9.2%
要介護3	¥900	¥40	¥76	¥22	¥1,038	×9.2%
要介護4	¥1,023	¥40	¥76	¥22	¥1,161	×9.2%
要介護5	¥1,148	¥40	¥76	¥22	¥1,286	×9.2%

※個別機能訓練加算（Ⅰ）ロの算定要件を満たさない場合は個別機能訓練（Ⅰ）イ 56 円/日を算定する場合があります。

※上記料金と合わせて 1 月あたり個別機能訓練加算（Ⅱ）20 円と科学的介護推進体制加算 40 円を算定いたします。

（２）その他の費用

○通常要する時間を超えるサービス

10 時間を超えた場合	1 時間当たり 500 円
-------------	---------------

○食事費

1 食当り	600 円（おやつ代含む）
-------	---------------

○おむつ代

おむつ 1 枚当り	100 円
リハビリパンツ 1 枚当り	100 円
尿取りパット 1 枚当り	50 円

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係わる費用であって、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）利用料等のお支払い方法

毎月、10 日までに前月分の請求を致します。

20 日ご指定の預金口座より振替えさせていただきます。

入金確認後、領収書を発行致します。

4. 事業所の目的及び運営方針

（１）要介護状態等となった場合において、その利用者が可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤独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及び精神的負担の軽減を図ります。

（２）利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

（３）事業を運営するに当たって、地域との結び付きを重視し、市町村等保険者、居宅サービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

（４）その他

事項	内容
通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者が、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上交付します。
従業員研修	年数回、介護の資質・技術向上の研修を行っています。

5. 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	窓口責任者	宮田 悦美
	ご利用時間	8:30～17:30
	ご利用方法	電話（096-294-5501）
	但し、ご要望があれば上記時間以外も対応します。 ご意見箱（玄関に設置）	

6. 緊急時等における対処方法

サービス提供時中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、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、連絡します。

主治医	病院名	
	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	

7. 非常災害時の対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、1年に1回定期的に避難訓練、その他必要な訓練を行う。

8. 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。

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。

○喫煙はご遠慮ください。

○他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○所持金品は、自己の責任で管理してください。

○施設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

サービス利用書

当事業所が 様に提供するサービスは以下の通りです。

1. 通所介護サービスの内容

曜 日	時 間 帯	内 容
曜日	9 : 30～16 : 40	健康チェック・入浴・昼食・生活指導・個別機能訓練・レクリエーション・送迎

2. ご利用者負担額（一割負担の場合）

（１）介護保険適用分（要介護）

区 分	時 間	単 価
通所介護費	9 : 30～16 : 40	円
個別機能訓練加算Ⅰイ	1日あたり	56円
個別機能訓練加算Ⅰロ	1日あたり	76円
個別機能訓練加算Ⅱ	1月あたり	20円
入浴介助加算Ⅰ	1日あたり	40円
科学的介護推進体制加算	1月あたり	40円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1回あたり	22円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		×9.2%

（２）介護保険適用外の方

食費あたり 1食 600円（おやつ代含む）

おむつ代 1枚 100円

尿取りパット 1枚 50円

（２）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関わる費用であって、お客様に負担させることが適用と認められる費用はお客様の負担となります。

3. キャンセル料はいただきません。連絡をお願い致します。

4. 利用料等のお支払方法

毎月10日までに前月分の請求を致します。毎月20日（休みの場合は翌営業日）

ご指定の口座から振替させていただきます。入金確認後、領収証を発行致します。

5.この通所介護計画は指定居宅支援事業所が作成した居宅サービス計画に従った内容です。
当事業所は、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しました。

令和 年 月 日

事業者	住所	熊本県菊池郡大津町大字岩坂433
	事業者名（法人）	有限会社 ひだまり
	施設名	デイサービスセンター いわさか
	事業所番号	4372601429
	管理者名	宮田 悦美 印

説明者	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	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印

家族	住所	
	氏名	印