

**日常生活支援総合事業第1号通所事業（予防型通所介護）及び
指定地域密着型通所介護事業所デイサービス 志保の家
重要事項説明書**

当事業所は、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。

事業所の概要や提供されるサービス内容及び契約上のご注意いただきたい事項を次のとおり説明します。

1. 通所介護事業所 「デイサービス 志保の家」の概要

（１）名称等

事業所の名称	有限会社 メディカルウイル
代表者指名	代表取締役 中嶋 伸生
主たる事業所の所在地	鹿児島県鹿屋市上谷町 11200 番地 3
事業所の所在地	鹿児島県鹿屋市王子町 4328 番 1
サービスの種類	単独型 地域密着型通所介護・日常生活支援総合事業第1号通所事業（予防型通所介護）
指定年月日	通所介護：平成19年5月16日 地域密着型通所介護：平成28年4月1日 日常生活支援総合事業第1号通所事業：平成29年4月1日
介護保険事業所番号	4670301235

（２）職員配置

職種	職員数
管理者	1 人（常勤兼務）
生活相談員	1 人以上（常勤兼務 1 名）
介護職員	1 人以上（常勤 1 名）
機能訓練指導員/看護職	1 人以上（常勤 1 名）

（３）営業時間

営業日及び時間	月曜日～土曜日午前8：30～午後5：30
サービス提供時間	午前9：20～午後4：30
利用者数	1 日あたり 15 名
事業の実施地域	鹿屋市、肝付町

（４）施設概要

建物の構造	木造平屋建て
建物の延べ床面積	171.930㎡
敷地面積	309㎡
施設設備	浴室・トイレ・台所・食堂兼機能訓練室・静養室・相談室・事務室

2. 提供するサービス内容

サービス内容	時 間	内 容
送迎	迎え：８：３０～９：２０ 送り：１６：３０～	・ ご自宅並びに待ち合わせ場所までの送迎を行います ・ 当日の道路事情等により送迎時間に差異が生じる場合があります
健康チェック ティータイム 朝の集い	９：２０～１０：００	・ 体調を確認し、体温、血圧測定を行い、異常の早期発見に努めます。 ・ 朝の集いでは、お茶を飲んだりしながら、前日や今日の出来事の話をしたり、日付の確認を行います。
入浴	１０：００～１２：００	・ お一人おひとりに合わせた入浴を行います ・ 入浴できない日は、清拭や足浴等を行います
食事	１２：００～１３：００	・ 当事業所では、ご利用者の嗜好を考慮した献立を職員が立て、食事形態・栄養バランスを考慮した食事をご利用者と共に作り提供します。 ・ 摂取困難者には、介護職員により食事摂取のお手伝いをさせていただきます。
休憩・静養 趣味活動	１３：００～１４：００	・ テレビを見て過ごしたり、マッサージチェアでくつろいだり、雑談したり、ベッドなどで横になって休まれたり、ゆっくりと過ごして頂く時間です。
ティータイム	１４：００～１４：１５	・ 静養後の目覚めの一杯を頂きます。
リラックスタイム	１４：１５～１４：４０	・ 職員と一緒に手足のマッサージや、爪のケアなど、普段なかなか手の行き届かないケアなどを行い、心と体の癒しの時間になるようお手伝いします。
レクリエーション (機能回復訓練)	１４：４０～１５：５０	・ 心身の機能回復を目的としたリハビリ体操やレクリエーション、ドライブ等を行います。
ティータイム	１５：５０～１６：２０	・ 体を動かした後の、手作りお茶菓子タイムです。食後は、歌をうたったりします。
帰りのあいさつ	１６：２０～１６：３０	・ １日のご利用のお礼をのべます。
排泄	随時	・ ご利用者の排泄の状況を把握した上で個別的に排泄のお手伝いを致します。
生活相談	随時	・ ご利用者やご家族の相談を御受け致します。

① 送迎に関して

送迎専用車両により、運転者（介助に必要な際は介助者同乗）が送迎を行い、必要に応じて送迎車両への乗降及び移動の介助を行います。

送迎時間案内表（別紙）により、ご利用日の送迎時間等を説明し、重要事項説明書の署名・捺印をもってご利用者の同意を得たものとします。

3. 利用料金

(1) 『別紙1』の利用料金表によって、通所介護サービス利用に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額は、ご利用者の所得に応じて負担割合がかわります)に各加算がついた合計金額をお支払いください。

- ★ ご利用者が要介護認定を受けていない場合には、利用料金の全額をお支払い頂き、認定を受けた後に自己負担金額を除く金額が介護保険から支払われます。(償還払い)
- ★ 「居宅サービス計画書」が作成されていない場合にも「償還払い」となり、当事業所より「サービス提供証明書」を交付した後、自己負担額を除く金額が介護保険より支払われます。
- ★ ご利用者の介護度に変更が生じた場合は、利用料金も変更されています。

(2) その他の料金

- その他オムツ代・手芸材料代等、必要に応じて実費相当額をお支払い頂きます。
- 1日の食事サービスに係る費用を頂きます。(『別紙1』参照)

4. 3以外の金品の持ち込みの禁止

ご利用時の利用料など必要以外の金品の持ち込みはご遠慮ください。ご利用者様の都合で持ち込みが必要な場合は自己責任にて管理をお願いすることになります。紛失が発生した場合、事業所では責任を負えないことをご了承ください。

5. 加算について

(1) 入浴加算

1日の利用に対して入浴された場合 40/1回

(2) サービス提供体制強化加算Ⅰ

介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が70/100以上である場合

○要介護・22/1回 ○要支援1・88/1月 ○要支援2・176/1月

(3) 送迎減算

ご利用者に対し、その居宅と事業所との間の送迎を行わない場合 ▲47/片道

(4) 介護職員等処遇改善加算Ⅰ

1月に提供したサービス単位数に『別紙1』の割合を乗じた金額

6. キャンセル料金

ご利用者のご都合によりサービス利用を中止する場合は、下記のキャンセル料金が必要となります。

利用前日に申し出があった場合	無料
ご利用日当日8：30までに申し出があった場合	無料
申し出なく休まれた場合	食事代

- ★ 但し、ご利用者の急な状態悪化等(病状・気分不良)の場合や正当な理由がある場合においては、キャンセル料は頂きません。

7. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関に協力を頂いております。

★ 医療法人 青仁会 池田病院（内科・整形外科・歯科等）

所在地：鹿屋市下祓川町1830番地

電話：0994-43-3434

8. 秘密の保持について

- （１）当該事業所の従事者は、正当な理由なくその業務上知り得たご利用者及びご家族の個人情報を読らしません。
- （２）当該事業所の従事者であった者は、正当な理由なくその業務上知り得たご利用者及びご家族の個人情報を漏らしません。
- （３）事業者では、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又は、サービス担当者会議等が必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者又はご家族の個人情報を用います。

9. 事故発生時の対応について

ご利用者に対するサービスの提供により万一事故が発生した場合は、市町村・当該ご利用者のご家族・当該ご利用者に係る居宅介護支援事業所並びに包括支援センターに等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

10. 身体拘束その他の行動制限について

- （１）通所介護サービス提供にあたり、ご利用者又は他のご利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し身体的拘束その他の方法により利用者の行動を制限しません。
- （２）ご利用者に対し、身体的拘束その他の方法によりご利用者の行動を制限する場合は、当該利用者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。
- （３）身体的拘束その他の方法によりご利用者の行動を制限した場合は、事前又は事後速やかに、ご利用者の家族等に対し、ご利用者にする行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。
- （４）ご利用者に対し、身体的拘束その他の方法によりご利用者の行動を制限した場合には、記録に次の事項を記載します。
 - ①ご利用者に対する行動制限を決定したものの氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
 - ②前項に基づくご利用者に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要
 - ③前項に基づくご利用者の家族等に対する説明等の時期及び内容、その際のやりとりの概要

11. 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情受付について

（１）事業所内受付機関

相談・苦情解決責任者	責任者：宮ヶ原 ゆかり
相談・苦情受付責任者	責任者：宮ヶ原 ゆかり 受付時間：月曜日～土曜日 8：30～17：30（緊急時を除く）

	電 話 : 0994-40-5115 FAX : 0994-40-5116 ※相談・苦情受付ボックスとして当事業所玄関に、ご意見箱を設置しております。
--	---

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

鹿屋市役所保健福祉部高齢福祉課	所在地：鹿屋市共栄町20番1号 受付時間：8：30～17：00 電 話：0994-43-2111 FAX：0994-41-0701
鹿児島県国民健康保険団体連合会	所在地：鹿児島県鴨池新町7番4号 受付時間：8：30～17：00 電 話：099-206-1084 FAX：099-206-1069
鹿児島県社会福祉協議会	所在地：鹿児島県鴨池新町1-7 県社会福祉センター内 受付時間：8：30～16：00 電 話：099-257-3855 FAX：099-251-6779

12. その他の事項

- (1) 病気等の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康状態の確認等で体調が悪い場合には、サービスの内容の変更又は、サービスを中止することがあります。この場合は、実施していないサービス加算料金は返金いたします。
- (3) ご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止することがあります。その場合は、ご家族に連絡の上適切に対応します。又、必要に応じて速やかに主治医に・歯科医・当事業所の協力医療機関に連絡をとる等の必要な措置を講じます。緊急の場合は、基本的にご家族の付き添いにより受診をして頂きます。

個人情報に関する同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用目的

- （１）介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- （２）上記（１）の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整の為に必要な場合。
- （３）現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- （４）デイサービス新聞での顔写真などの使用

2. 個人情報を提供する事業所

- （１）居宅サービス計画に記載されている介護サービス事業所
- （２）病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件

- （１）個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては、関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- （２）個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

利用料金表（利用料金に係る同意書）

サービス利用料金（令和 6 年 6 月改訂）

1. 日常生活支援総合事業第 1 号通所事業サービス利用料

項 目	料 金		
	利用回数	基本料金（1 月あたり）	サービス提供加算 I
要支援 1	週に 1 回程度	1,798	88
要支援 2	週に 2 回程度	3,621	176
小 計	介護度と利用回数に合わせた料金 + ご利用の加算		
処遇改善 I	小計に【9.2%】を乗じた金額が加算されます。		
合 計	小計 + 処遇改善 I		

○ 基本料金に入浴料も含まれています ○ 事業対象者は、要支援と同額になります

○ 介護度の変更や入院等した場合、日割り計算となります

・要支援 1（59／1 日） ・要支援 2（119／1 日）

○ 1 月あたりの回数を定める場合

・要支援 1（436／1 回） ・要支援 2（447／1 回）

2. 通所介護サービス利用料（1 日につき）

項 目	料 金							
サービス提供時間	3～4	4～5	5～6	6～7	7～8	8～9	入浴介助 加算	サービ ス提供加算 Ⅰ
要介護 1	416	436	657	678	753	783	40	22
要介護 2	478	501	776	801	890	925		
要介護 3	540	566	896	925	1,032	1,072		
要介護 4	600	629	1,013	1,049	1,172	1,220		
要介護 5	663	695	1,134	1,172	1,312	1,365		
小 計	介護度と利用回数に合わせた料金 + ご利用の加算							
処遇改善Ⅰ	小計に【9.2%】を乗じた金額が加算されます。							
合 計	小計 + 処遇改善Ⅰ							

○ 入浴介助加算：1 日の利用に対して入浴された場合に加算されます

◎ サービス提供体制強化加算 I：介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 70/100 以上である場合

◎ 送迎減算：ご家族が送迎されるなど、事業所で送迎を行わない場合 ▲47／片道

3. 介護保険対象外サービス費・・・昼食代：500 円／1 食

※ 上記は、1 日あたりの介護保険 1 割負担の金額です。各ご利用者の負担割合に準じます。

2 割負担の場合

サービス利用料金（令和 6 年 6 月改訂）

1. 日常生活支援総合事業第 1 号通所事業サービス利用料

項 目	料 金		
	利用回数	基本料金（1 月あたり）	サービス提供加算 I
要支援 1	週に 1 回程度	3,596	176
要支援 2	週に 2 回程度	7,242	352
小 計	介護度と利用回数に合わせた料金 + ご利用の加算		
処遇改善 I	小計に【9.2%】を乗じた金額が加算されます。		
合 計	小計 + 処遇改善 I		

○ 基本料金に入浴料も含まれます。 ○ 事業対象者は、要支援と同額になります。

○ 介護度の変更や入院等した場合、日割り計算となります

・要支援 1（118／1 日） ・要支援 2（238／1 日）

○ 1 月あたりの回数を定める場合

・要支援 1（872／1 回） ・要支援 2（894／1 回）

2. 通所介護サービス利用料（1 日につき）

項 目	料 金							
サービス提供時間	3～4	4～5	5～6	6～7	7～8	8～9	入浴介助 加算	サービス 提供加算 Ⅰ
要介護 1	832	872	1,314	1,356	1,506	1,566	80	44
要介護 2	956	1,002	1,552	1,602	1,780	1,850		
要介護 3	1,080	1,132	1,792	1,850	2,064	2,144		
要介護 4	1,200	1,258	2,026	2,098	2,344	2,440		
要介護 5	1,326	1,390	2,268	2,344	2,624	2,730		
小 計	介護度と利用回数に合わせた料金 + ご利用の加算							
処遇改善Ⅰ	小計に【9.2%】を乗じた金額が加算されます。							
合 計	小計 + 処遇改善Ⅰ							

○ 入浴介助加算：1 日の利用に対して入浴された場合に加算されます。

◎ サービス提供体制強化加算 I：介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 70/100 以上である場合

◎ 送迎減算：ご家族が送迎されるなど、事業所で送迎を行わない場合 ▲94／片道

3. 介護保険対象外サービス費・・・昼食代：500 円／1 食

3 割負担の場合

サービス利用料金（令和 6 年 6 月改訂）

1. 日常生活支援総合事業第 1 号通所事業サービス利用料

項 目	料 金		
	利用回数	基本料金（1 月あたり）	サービス提供加算 I
要支援 1	週に 1 回程度	5,394	264
要支援 2	週に 2 回程度	10,863	528
小 計	介護度と利用回数に合わせた料金 + ご利用の加算		
処遇改善 I	小計に【9.2%】を乗じた金額が加算されます。		
合 計	小計 + 処遇改善 I		

○ 基本料金に入浴料も含まれます。 ○ 事業対象者は、要支援と同額になります。

○ 介護度の変更や入院等した場合、日割り計算となります

・要支援 1（177／1 日） ・要支援 2（357／1 日）

○ 1 月あたりの回数を定める場合

・要支援 1（1,308／1 回） ・要支援 2（1,341／1 回）

2. 通所介護サービス利用料（1 日につき）

項 目	料 金							
サービス提供時間	3～4	4～5	5～6	6～7	7～8	8～9	入浴介助 加算	サービス 提供加算 Ⅰ
要介護 1	1,248	1,308	1,971	2,034	2,259	2,349	120	66
要介護 2	1,434	1,503	2,328	2,403	2,670	2,775		
要介護 3	1,620	1,698	2,688	2,775	3,096	3,216		
要介護 4	1,800	1,887	3,039	3,147	3,516	3,660		
要介護 5	1,989	2,085	3,402	3,516	3,936	4,095		
小 計	介護度と利用回数に合わせた料金 + ご利用の加算							
処遇改善Ⅰ	小計に【9.2%】を乗じた金額が加算されます。							
合 計	小計 + 処遇改善Ⅰ							

○ 入浴介助加算：1 日の利用に対して入浴された場合に加算されます。

◎ サービス提供体制強化加算 I：介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 70/100 以上である場合

◎ 送迎減算：ご家族が送迎されるなど、事業所で送迎を行わない場合 ▲141／片道

3. 介護保険対象外サービス費・・・昼食代：500 円／1 食

指定地域密着型通所介護サービス・日常生活支援総合事業第1号通所事業（予防型通所介護）サービスの提供開始に際し本書面に基づき重要事項を説明いたしました。

説明日：令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護事業所

日常生活支援総合事業第1号通所事業所（予防型通所介護）

有限会社メディカルウイル 代表取締役 中嶋伸生

デイサービス 志保の家

説明責任者氏名 管理者 宮ヶ原 ゆかり

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項、別紙書面の個人情報に関する同意書・利用料金表（利用料金に係る同意書）の説明を受け、指定地域密着型通所介護事業サービス・日常生活支援総合事業第1号通所事業（予防型通所介護）サービスの提供開始に同意いたします。

同意日：令和 年 月 日

ご利用者様 住所 _____

氏名 _____

ご家族様 住所 _____

氏名 _____

本人との関係（ ）

ご家族以外 住所 _____

氏名 _____

本人との関係（ ）

「ご家族様」欄に記載がある場合、「ご家族以外」欄の記載は不要です。
※個人情報に関する同意については、必ずご家族様の同意が必要です。