

デイサービスサンフラワー 重要事項説明書

(地域密着型通所介護・第1号通所介護)

令和6年 4月 現在

1. 事業者の概要

名称	株式会社 SUNSMILE	代表取締役	松本 由美
所在地	熊本市南区野田2丁目9番地12号		
連絡先	(電話)0964-27-9902 (FAX)0964-27-9202		
設立年月日	平成 25年 11月 18日		

2. 事業所の概要

(1) 名称及び事業所番号

名称	デイサービス サンフラワー	事業所 番号	4370110258
所在地	熊本市南区城南隈庄 376		
連絡先	(電話)0964-27-9902 (FAX)0964-27-9202		
開設年月日	平成 26年 3月 1日	管理者氏名	中島 律子

(2) 職種、員数及び職務内容

従業者の職種	常勤 専従	常勤 兼務	非常勤 専従	非常勤 兼務	職務の内容
管理者		1			管理業務
生活相談員		1		1	生活相談業務
介護職員		3			介護業務
看護職員		1			看護業務
機能訓練指導員		1			機能訓練指導員

(3) 通常の事業の実施地域は、熊本市（北区除く）、宇城市、宇土市、上益城郡御船町、上益城郡嘉島町、上益城郡甲佐町、上益城郡益城町、下益城郡美里町とします。

(4) 営業日及び営業時間

- ① 営業日は、月曜日から金曜日までとします。（但し木曜除く）
ただし、年末年始（1月1日から1月3日まで）は除きます。
- ② 営業時間は、8時00分から17時00分までとします。

(5) 利用定員は、1単位18名とします。

(6) 指定地域密着型通所介護・第1号通所介護の内容

①生活指導（相談援助等）	②健康チェック	③日常動作訓練	
④レクリエーション	⑤入浴	⑥給食	⑦送迎

(7) 設備関係等

設 備	機能訓練室・食堂、浴室、脱衣室、相談室、静養室、厨房
備 品	

3. 事業の目的

要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限り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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の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ることを目的とします。

4. 運営の方針

- (1) 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとします。
- (2) 指定通所介護の提供に当たっては、援助技術の進歩に対応し、適切な援助技術をもって行います。
- (3) 常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要な指定通所介護を利用者の希望に添って適切に提供します。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応した体制を整えます。

5. 利用料金（自己負担分：1割相当額）

☆ 第1号通所介護費（1月につき）

(要支援の方)

要支援 1	17,980 円
要支援 2	36,210 円

☆加算

一体的サービス提供加算	4,800 円/1 月
通所型独自サービス科学的介護推進体制加算	400 円/1 月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（要支援 1）	880 円/1 月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（要支援 2）	1,760 円/1 月
介護職員処遇改善加算Ⅰ （令和 6 年 5 月まで適用）	所定単位数に 5.9%を乗じた単位数
特定介護職員処遇改善加算Ⅱ （令和 6 年 5 月まで適用）	所定単位数に 1.0%を乗じた単位数
介護職員等ベースアップ等支援加算 （令和 6 年 5 月まで適用）	所定単位数に 1.1%を乗じた単位数
福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） （令和 6 年 6 月～適用）	所定単位数に 9.0%を乗じた単位数

☆ 地域密着型通所介護費（1日につき）

（要介護の方）

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

※ 身体状況により 2 時間以上-3 時間未満での利用も可能です。しかし、原則は、6-7 時間もしくは、7-8 時間での調整をお願いいたします。

種 類	利 用 料
入浴加算 I	400 円/1 月
入浴加算 II	550 円/1 回
個別機能訓練加算 I (イ)	560 円/1 回
個別機能訓練加算 II	200 円/1 月
科学的介護推進体制加算	400 円/1 月
口腔機能向上加算 II	1,600 円/月 2 回まで
サービス提供体制加算 (I)	220 円/1 日
介護職員処遇改善加算 (I) (令和 6 年 5 月まで適用)	所定単位数に 5.9% を乗じた単位数

特定介護職員処遇改善加算Ⅱ (令和6年5月まで適用)	所定単位数に1.0%を乗じた単位数
介護職員等ベースアップ等支援加算 (令和6年5月まで適用)	所定単位数に1.1%を乗じた単位数
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) (令和6年6月～適用)	所定単位数に9.0%を乗じた単位数

☆その他の利用料

昼食費	500円/1回(別途消費税おやつ含む)
レクリエーション材料費等	実費
紙パンツ代、紙オムツ代	200円/1枚(別途消費税)
パット代	60円/1枚(別途消費税)

※ 介護保険適用の場合でも、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があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金(10割)をお支払いいただいた後、領収書を発行いたします。その領収書を後日、市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

※ 本契約の有効期間中に介護保険法その他関係法令の改正により、利用料金又は利用者負担額の改定が必要となった場合には、改定後の金額を適用するものとします。

6. 支払方法

毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、当月20日に現金にて、もしくは、翌月20日に口座自動引き落としにてお支払いください。

7. ご利用の際に留意いただく事項

(1) 入浴の際は、従業者の指示に従い、入浴時間、注意事項等を守ってください。

(2) 機能訓練室を利用する際は、従業者の監視・指示のもとに行ってください。

機能訓練室では、個別機能訓練として、日常生活における訓練を行いますので、男性は電動ひげ剃りなど日常的に使うものをお持ちください。また、口腔ケアの実施のため、歯ブラシを持参してください。脳トレーニングのため、眼鏡などご用意ください。

(3) 送迎を利用する際は、所定の場所及び利用日以外での乗降はできないものとし、走行中のマナーを守ってください。

(4) 指定通所介護の利用日に欠席する場合は、事前に本事業所に連絡してください。

(5) その他

① デイサービス利用中の無断での外出はご遠慮ください。

② ペット、アルコール類、食べ物類の持ち込みは、ご遠慮ください。

③ 喫煙は、決められた場所をお願いします。

④ 他の利用者等に対する宗教・政治活動、販売行為等は、ご遠慮ください。

8. 手続きに必要なものとして、介護保険証・健康保険証・老人医療受給者証・障害者手帳等をお持ちください。手続き終了後、お返しいたします。なお、期限が変更になった場合にも必ずご持参ください。

9. ご利用時に必要なものとして、連絡帳・お薬(現在、内服中の方)・上履き用靴(運動靴)、ま

た、現在お使いの介護用品（オムツ・杖・車椅子・歩行器・押し車等）があればお持ちください。機能訓練に必要な歯ブラシや眼鏡、電動ひげ剃りなどお持ちください。

10. 入浴の場合は、着替えの下着、洋服（上下）、靴下、バスタオル1枚、タオル2枚程度お持ちください。なお、石鹸・シャンプー等は施設にてご用意いたしております。ご持参されても結構です。

11. その他注意事項

- (1) 私物類には、全てお名前をお書きください。
- (2) 大金や貴重品の持ち込みは、ご遠慮ください。

12. 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、防災責任者を定め、年2回定期的に避難訓練その他必要な訓練を行うとともに非常災害時の関係機関への通報体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するものとします。

13. 緊急時における対応方法

指定通所介護を実施中に、利用者の症状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、ご家族等の緊急連絡先や担当の居宅介護支援事業者等へ連絡を行います。

14. 事故発生時の対応方法

- (1) 指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、関係市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業所の故意、過失がない場合または、疾患による場合は、この限りではありません。

15. 健康上の理由による中止の対応方法

- (1) 風邪、病気の際は、指定通所介護の提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、指定通所介護の内容の変更又は中止する場合があります。
- (3) 指定通所介護を中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることが出来ます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替え出来ませんのでご了承ください。

16. 指定通所介護内容に関する相談・苦情

- (1) 利用者及びその家族等（以下「利用者等」という。）からの苦情等については、以下の窓口で対応します。

- ① 所在地 熊本市南区城南町隈庄 422
- ② 事業所名 デイサービス サンフラワー
- ③ 電話番号 0964-27-9902
- ④ F A X 番号 0964-27-9202
- ⑤ 対応時間 8：30～16：30
- ⑥ 担当者職名と氏名 株式会社 SUNSMILE 代表取締役 松本 由美
- ⑦ 上記担当者が不在のときは、他の従業員が対応し、担当者に確実に伝達します。
- ⑧ 当法人で行う他の指定居宅サービス事業をご利用の方については、その事業の職務と兼務しない職員が担当します。

(2) 円滑かつ迅速に苦情等の処理を行うための処理体制・手順

- ・ 利用者等から苦情等の申し出があった場合、まず、上記担当者が内容を伺い、下記のA及びBの手順により処理します。
- ・ 苦情内容及び処理経過については、苦情処理台帳として記録保存し、その後の指定通所介護の提供に活用します。
- ・ 苦情等の処理は他の業務に優先して迅速に行うものとし、次回の利用時までには解決し、利用者の方が安心して指定通所介護の提供を受けられるよう最大限の努力を行います。

A 苦情を申し立てられた方に内容等説明を行うことにより、苦情がその場で解決可能なものであれば、その場で速やかに同意を得、解決を図ることとします。この場合も、必ず、管理者に報告します。

B-1 苦情がその場で解決困難なものであった場合、苦情の原因となっていることについて、利用者等からの聞き取り及び担当従業者への聞き取りにより、事実を詳細に把握します。

B-2 その後、翌日までには事業所内で検討会議を開き、本事業所が改善すべき点を整理した苦情処理策を作成し、その日のうちに利用者等に説明し同意を得ます。

B-3 上記の苦情等の内容及び経過については、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を担当している介護支援専門員（ケアマネジャー）にその都度報告し、必要な指示を受けます。

B-4 上記の流れにより苦情の処理を図った後も、利用者及び担当介護支援専門員とは常時連携を図り、同じような苦情が再発しないように十分注意して指定通所介護の提供を行います。

(3) 他の苦情窓口

① 各市町村の介護保険担当課

熊本市役所 高齢介護福祉課

〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号

TEL 096-328-2311

② 熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

〒862-0911 熊本市健軍1丁目18番7号

TEL 096-214-1101

FAX 096-214-1105

1.7. その他運営についての重要事項

(1) 指定通所介護を提供した際には、当該指定通所介護の提供日、内容、利用者に代わって支払いを受ける居宅介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載するものとします。

(2) 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的な内容等を記載した通所介護計画を作成するものとし、利用者又はその家族に対し、その内容等について説明を行います。なお、通所介護計画の作成に当たっては、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成します。

(3) 指定通所介護の提供を受けている利用者が、正当な理由なしに指定通所介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態等の程度を増進させたと認められるとき、あるいは、偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときは、遅滞なく、意見を付してその旨を関係市町村に通知するものとします。

(4) 利用者に対する指定通所介護の提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとします。

(5) 指定通所介護に当たる従業者の資質向上のために、採用時研修として採用後3か月、継続研修として年2回、研修会の機会を設けるものとします。

利用者は、本書面に基づき、事業者の職員から重要事項の説明を受けたことを確認します。

また、指定通所介護の利用に当たり、通所介護計画等の作成やサービス担当者会議等又緊急的な医療機関への受診・入院等を行う場合等は、他関係機関（居宅介護支援事業者、医療機関等）に本人又は本人の家族等の個人情報等の情報提供を行ったりすることに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 印

代理人
(選任した場合) 住所
氏名 印

事業者 株式会社 SUNSMILE

住所 熊本市南区野田2-9-12

事業者 株式会社 SUNSMILE
代表取締役 松本 由美