指定通所介護事業所 はまゆう 重要事項説明書

＜　令和 7 年 6月　16日 現在 ＞

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話　　0857－51－7838　　（午前9時00分～午後5時00分）
担当　　生活相談員　　門脇　敦

＊ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 当事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名　　称	はまゆう デイサービスセンター
所　在　地	鳥取市服部　204番地　1
介護保険指定番号	通所介護　（鳥取県　3170101236　号）
	第一号通所事業（鳥取市通所介護相当サービス） （　第　3170101236　号）
サービスを提供する地域＊	鳥取市及び岩美町、八頭町

＊上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同センターの職員体制

	資格	員数	業務内容
管理者		1名	従業者の総括管理、指導を行います
生活相談員		2名以上	利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います
機能訓練指導員	作業療法士	1名以上	利用者の機能訓練を担当します
事務職員		2名以上	必要な事務を行います
介護・看護職員	看護職員	2名以上　及び 訪問看護ステーションはまゆう はまゆう診療所と連携	看護職員：利用者の健康管理や医療上の看護を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います
	介護職員	10名以上 （介護福祉士・介護実務者研修終了他）	介護職員：日常生活上の介護全般について適切な技術をもって介護を行います

(3) 同センターの設備の概要

定員	49名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室　315.6㎡	相談室	1室
浴室	一般浴槽と特別浴槽、 個人浴槽があります。		
		送迎車	6台

(4) 営業時間

月～日	午前9時00分～午後5時00分

＊ 緊急連絡電話　0857－51－7838　デイサービス直通080-6343-8840

(5) 福祉サービス評価の有無

第三者評価	受審なし

3. サービス内容

① 送迎	ご希望により送迎車でご自宅まで送り迎えいたします。
② 食事	ご利用者の身体状況、嗜好に合わせた食事提供を行ないます。
③ 入浴	一般浴槽、特殊浴槽、個人浴槽にて対応いたします。
④ レクリエーション	年間行事を通して利用者の交流を図ります。
⑤ 生活相談	生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも相談できます。
⑥ 栄養改善	管理栄養士等が、低栄養を予防するための食べ方や、食事作りや指導、情報提供を行います。
⑦ 口腔機能向上訓練	歯科衛生士等が、歯磨きや義歯の手入れ方法の指導や、摂食・嚥下機能を向上させる訓練を行います。
⑧ 機能訓練加算（運動器機能向上）	理学療法士等の指導により、運動機能向上に係る個別の計画を作成し、サービスの実施、定期的な評価と見直しを行います。
⑨ 認知症ケア	認知症の方を対象に、個別に利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。

※⑥～⑨については、選択サービスであり、利用開始時に計画を作成し、サービスの実施定期的な評価と計画の見直しを行います。

4. 料金

(1)利用料金(介護給付)

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者負担額を変更します

① 通所介護利用料(サービス提供時間　6時間～7時間)

	1割負担の場合		2割負担の場合		3割負担の場合	
	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要介護度1	6,060	606	12,120	1,212	36,360	3,636
要介護度2	7,110	711	14,220	1,422	42,660	4,266
要介護度3	8,180	818	16,360	1,636	49,080	4,908
要介護度4	9,230	923	18,460	1,846	55,380	5,538
要介護度5	10,300	1,030	20,600	2,060	61,800	6,180

※サービス提供体制強化加算Ⅰ　(1日22円)が含まれています。

② 通所介護利用料(サービス提供時間　7時間～8時間)

	1割負担の場合		2割負担の場合		3割負担の場合	
	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要介護度1	6,800	680	13,600	1,360	40,800	4,080
要介護度2	7,990	799	15,980	1,598	47,940	4,794
要介護度3	9,220	922	18,440	1,844	55,320	5,532
要介護度4	10,450	1,045	20,900	2,090	62,700	6,270
要介護度5	11,700	1,170	23,400	2,340	70,200	7,020

※サービス提供体制強化加算Ⅰ　(1日22円)が含まれています。

③ 入浴介助加算（Ⅰ）
　　介助浴・特別浴　1回あたり　40円

④ 科学的介護推進体制加算　1月あたり　40円

⑤ 栄養改善加算　　1回あたり　200円（月2回まで）

⑥栄養アセスメント加算　　1月あたり　50円

⑦個別機能訓練加算（Ⅰ）ﾆ 1回あたり56円

⑧個別機能訓練加算Ⅱ　　1月あたり20円

⑨ADL維持等加算Ⅰ　　1月あたり30円

⑩ADL維持等加算Ⅱ　　1月あたり60円

⑪中重度者ケア体制加算　1回あたり　45円

⑫口腔機能向上加算（Ⅰ）　1回あたり　150円（月2回まで）

⑬食費
　　昼食（一食あたり）514円＋おやつ　51円（一食あたり）（全額自己負担）
⑭日用品費
　　1日あたり　￥102（全額自己負担）
⑮その他
　　上記の他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

(2) 利用料金　第1号通所事業（鳥取市通所介護サービス相当）※負担割合1割の場合

① 第1号通所事業（鳥取市通所介護相当サービス）

	回数	要件	算定単位数
要支援1 事業対象者	週1回程度	1ヶ月の利用回数が 4回以内の場合	436円/回
		1ヶ月の利用回数が 5回以上の場合	1,798円/月
要支援2	週1回程度	1ヶ月の利用回数が 4回以上の場合	436円/回
		1ヶ月の利用回数が 5回以上の場合	1,798円/月
要支援2	週2回程度	1ヶ月の利用回数が 5回以上8回以内の場合	447円/回
		1ヶ月の利用回数が 9回以上の場合	3,621円/月

※送迎・入浴サービスは含まれています。
サービス提供体制強化加算Ⅰ（要支援1:88円、要支援2:176円）が含まれています。

② 科学的介護推進体制加算　　1月あたり 40円

③ 生活機能向上グループ加算　　1月あたり 100円

④ 運動器機能向上加算　　1月あたり 225円

⑤ 栄養改善加算　　1月あたり 200円

⑥ 口腔機能向上加算　　1月あたり 150円

⑦ 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）（上記の③～⑤のうち、二つのサービスを実施した場合）
1月あたり 480円
⑧ 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）（上記の③～⑤全てのサービスを実施した場合）
1月あたり 700円

⑨ 食費
昼食（一食あたり）514円＋おやつ 51円（一食あたり）（全額自己負担）

⑩ 日用品費
1日あたり 102円（全額自己負担）

③～⑤については、選択サービスです。
＊ 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を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。
サービス提供証明書を後日市町村の窓口に提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

⑪ 事業所評価加算　　1月あたり120円

(3) 支払方法
毎月、10日に前月分の請求をいたしますので、その月の月末までにお支払いください。
お支払いいただきますと、領収証を発行します。
お支払方法は、原則、口座自動引き落としでお願いいたします。

(4) キャンセル料金
ご利用者の都合によりサービスの利用中止を前日までに連絡いただいた場合には、介護報酬からの費用徴収は一切行いません。ただし、利用中止を当日になって連絡された場合には、発生費用（食費565円）を負担いただく場合があります。

5. サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当施設職員がお伺いいたします。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2)サービスの終了

① ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

・ご利用者がお亡くなりになった場合

④ 健康上の理由による中止

・かぜ、病気の際はサービスの提供をお断りすることがございます。
また、当日の健康確認の結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。

⑤ その他

・当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

・ご利用者が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、ご利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはご利用者やご家族などが当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続し難い行為が認められた場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6. 当センターの特徴

(1) 当法人の運営方針

多様なサービスが、利用者の意向を尊重して総合的に提供されること、また個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援します。社会福祉法人賛幸会の各種サービスは単独のサービスではなく、隣接する医療法人賛幸会が運営する診療所、老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所と連携をはかり、『医療と福祉のコミュニティ(街)』として機能させることを目指します。

(2)事業の目的

当事業所が行う通所介護は、要支援・要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能なかぎ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めるよう、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ならびに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

・送迎時間の連絡	予め計画した時間に変更がある場合は連絡いたします。
・体調確認	医師・看護師等による健康チェックをします。
・体調不良等による サービスの中止・変更	サービスの中止・変更は当日8:30までにご連絡下さい。
・時間変更	利用曜日・時間等変更希望がある場合はご相談下さい。

7. 緊急時/事故発生時の対応方法

・サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。
・サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます
・サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、賠償責任を速やかに行います。ただし、施設の責に帰すべからざる事由による場合には、この限りではありません。

8.非常災害対策

・消防計画及び風水害、地震等の災害に対する計画に基づいて、非常災害対策をとります。
具体的には、ご利用者も含めた総合避難訓練の他、消火・通報・避難訓練を年2回以上実施します。

9. サービス内容に関する苦情

① 当センターご利用者またはご家族の方の苦情担当者
担当　門脇　敦　　デイサービス管理者　　電話　0857-51-7838

② 第三者委員　　坂本　裕子　鳥取市下味野335-2　電話　0857-53-5058

③ 鳥取県国民健康保険団体連合会　介護サービス相談　　電話　0857-20-2100
④ 鳥取県社会福祉協議会　　運営適正化委員会　　電話　0857-59-6335
⑤ その他　各市町村窓口でも受けつけております。
　鳥取市福祉部　長寿社会課　電話　0857-30-8211
　八頭町保健課　郡家保健センター　電話　0858-72-3555
　岩美町健康長寿課　電話　0857-73-1322

9. 当社の概要

名称・法人種別	社会福祉法人　賛幸会
代表者役職・氏名	理事長　田中　彰
本部所在地・電話番号	鳥取県鳥取市服部204番地1　電話　0857－51－7838
定款の目的に定めた事業	1、老人福祉施設 2、認知症対応型共同生活介護 3、地域包括支援センター事業、介護予防支援事業 4、その他これに付随する業務

施設・拠点等	通所介護	1ヵ所	共生ホーム	1ヵ所
	特別養護老人ホーム	2ヵ所	地域包括支援センター	1ヵ所
	短期入所生活介護	2ヵ所		
	グループホーム	1ヵ所		

年　月　日

はまゆうデイサービスセンター（通所介護、第一号通所事業）のサービス提供にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

所在地　鳥取県鳥取市服部204-1

名称　社会福祉法人　賛幸会

代表者　理事長　田中彰　印

説明者　氏名　デイサービス管理者　門脇　敦　印

私は、契約書および本書面により、事業者からはまゆうデイサービスセンターについての重要事項の説明を受け、同意して交付されました。

利用者

住所

氏名　印

署名代行者又は代理人

住所

氏名　印

※ 利用者との関係＿＿＿＿＿

※ 署名を代行する理由

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身元引受人

住所

氏名　印

【契約書第7条5項　の請求書･明細書及び領収書の送付先】

氏　　名	（続柄　　）
住　　所	
電話番号	

【契約書第12条第2項　緊急時及び第13条第2項　事故発生時の連絡先】

氏　　名	（続柄　　）
住　　所	
電話番号	