

生活リハビリテーション重視型デイサービス
四季彩

重要事項説明書

(有) トータルライフケア

令和 6年6月1日

重要事項説明書

1 事業の概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	生活リハビリテーション重視型デイサービス 四季彩
所在地	熊本市南区富合町南田尻 471
電話番号	096-320-3161
FAX番号	096-357-0003
事業所番号	4370115968
サービスを提供できる地域※	富合町、川尻、城南町、川口町、嘉島町、宇土市、松橋町及びその周辺地域

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	介護福祉士	1名	0名	あり	1名	業務の管理
生活相談員	介護福祉士	1名	0名	あり	1名	介護相談受付
機能訓練指導員	作業・理学療法士	3名	0名	あり	3名	訓練指導
介護・看護職員	看護師	1名	1名	なし	2名	健康管理 利用者の介護等
	介護福祉士	2名	0名	なし	2名	
	実務者 その他	0名	0名	なし	0名	
勤務時間	生活相談員	8時00分～17時00分				
	機能訓練指導員	8時00分～17時00分				
	看護職員	8時00分～17時00分				
	介護職員	8時00分～17時00分				

(3) 当事業所の設備の概要

利用定員	20人	静養室	1室 1床
食堂兼機能訓練室	88.0㎡	相談室	1室 12.0㎡
浴室	一般浴槽室 7.0㎡	送迎車	3台
浴室	リフト浴槽室 7.24㎡	視聴覚室	10.5㎡

(4) サービスの提供時間帯

	営業時間	サービス提供時間
平日(月～金)、祝日	午前 8 : 00～午後 17 : 00	午前 9 : 00～午後 4 : 00 までの間で利用
土曜日・日曜日	定休日	
休業日	12月31日～1月3日	

2 当事業所の通所介護及び総合事業（通所型サービス）の特徴等

(1) 運営の方針

当センターはリハビリテーションや介護保険の根幹である「自立した生活」の獲得のために、多職種連携で在宅生活を支援します。運動器機能の低下予防、物忘れの予防、口腔機能の低下予防など予防を重視したトータルアプローチを推進し、また傷病を患った方の機能回復、重度化防止に努めます。

(2) サービス利用にあたって

①利用当日に準備するもの

- ・ 移動補助具（杖・押し車・車椅子など普段使用しているもの）
- ・ 室内履き
- ・ 着替え・オムツ・尿とりパットなど（失禁などの不安がある方）
- ・ 連絡帳（必要な方）
- ・ 薬（当日分）
- ・ 歯磨き道具一式（昼食利用の方）

②健康チェックについて

- ・ 利用日にはご自宅でも健康チェックを行ってください。風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ・ 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容を変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上対応いたします。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを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。また、必要に応じて速やかに必要な措置を講じます。
- ・ 利用当日、ご利用者の健康状態に気になることがある場合は、当施設にご連絡ください。
- ・ 利用時間中に与薬が必要な場合は、看護師が管理します。服用する薬については薬局等が発行する薬の説明書（写し）も一緒にお預けください。

③送迎の連絡方法

- ・ 送迎車運行予定表により所定の時間・場所に配車します。余裕をもって準備をお願いします。なお、道路の混雑状況や送迎者の乗降に想定外の時間がかかる場合があります、送迎車の到着が指定時間通りに着けない場合がありますが、ご了承ください。また、所定の場所以外での乗り降りや送迎はできかねますのでご了承ください。
- ・ ご利用当日の欠席連絡等は、送迎出発前の8時00分までにお問い合わせいたします。

(3) その他サービスの利用に当たっての留意事項

食事のキャンセル	前日までにご連絡ください。当日のキャンセルにつきましては、キャンセル代 600 円を別途請求させていただきます。
時間変更、キャンセル	前日までにご連絡ください。
設備、器具の利用	本来の使用方法に従って丁寧に扱い、使用後は元の場所に戻してください。これに反した場合、弁償していただくことがあります。
飲酒・喫煙	施設での喫煙はお断りしております。 通所ご利用時間帯での飲酒についてはご遠慮願います。
貴重品の管理	金銭・貴重品はお持ちにならないようお願いいたします。 貴重品は原則として自己管理で行っていただきます。事業所では貴重品の紛失には責任を負えませんのでご了承下さい。

3 サービス内容

- ① 送迎 専門の介護スタッフが専用の送迎車による自宅間送迎を行います
※ あらかじめ決められた場所以外での乗り降りはできません。
- ② 食事 昼食の提供、イベント等に応じておやつ等の提供を行います。
- ③ 入浴 (原則 要介護者のみ)
一般入浴・リフト浴の見守り及び介助を行います。
入浴の時間に関してはご希望の時間に添えないこともあります。
- ④ 機能訓練 専門の療法士が現状の能力を判断し、個別に計画したプログラムを実施します。
- ⑤ 生活相談 常に利用者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
- ⑥ 健康管理 看護職員が、常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて主治医又は医療機関と連携するなど、健康保持のための適切な措置を講じます。

4 利用料金

介護保険に基づく利用料

1 単位の単価は熊本県の場合 10 円と設定されていますので、単位×単価(10 円)が利用料金になります。法定代理受領分であるときは利用料金に介護保険負担割合証に記入されている割合を乗じた額が自己負担額となります。

① 通所介護

ア 基本報酬

(1 割負担の場合)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3～4 時間	370 単位 (円)	423 単位 (円)	479 単位 (円)	533 単位 (円)	588 単位 (円)
4～5 時間	388 単位 (円)	444 単位 (円)	502 単位 (円)	560 単位 (円)	617 単位 (円)
5～6 時間	570 単位 (円)	673 単位 (円)	777 単位 (円)	880 単位 (円)	984 単位 (円)
6～7 時間	584 単位 (円)	689 単位 (円)	796 単位 (円)	901 単位 (円)	1008 単位 (円)
7～8 時間	658 単位 (円)	777 単位 (円)	900 単位 (円)	1023 単位 (円)	1148 単位 (円)
8～9 時間	669 単位 (円)	791 単位 (円)	915 単位 (円)	1041 単位 (円)	1168 単位 (円)

生活リハビリテーション重視型デイサービス 四季彩

イ 付加サービス

	加算単位数	介護保険適用時の自己負担 (1割)
個別機能訓練加算 (I) イ	56 単位 / 1 日につき	56 円 / 1 日につき
個別機能訓練加算 (I) ロ	76 単位 / 1 日につき	76 円 / 1 日につき
個別機能訓練加算 (II)	20 単位 / 1 月につき	20 円 / 1 月につき
口腔機能向上加算 (I) (1 月に 2 回まで)	150 単位 / 1 回につき	150 円 / 1 回につき
口腔機能向上加算 (II) (1 月に 2 回まで)	160 単位 / 1 回につき	160 円 / 1 回につき
口腔・栄養スクリーニング加算 (I) (6 月に 1 回まで)	20 単位 / 1 回につき	20 円 / 1 回につき
口腔・栄養スクリーニング加算 (II) (6 月に 1 回まで)	5 単位 / 1 回につき	5 円 / 1 回につき
入浴介助加算 (I)	40 単位 / 1 日につき	40 円 / 1 日につき
入浴介助加算 (II)	55 単位 / 1 日につき	55 円 / 1 日につき
中重度者等ケア体制加算	45 単位 / 1 日につき	45 円 / 1 日につき
ADL 維持加算 (I)	30 単位 / 1 月につき	30 円 / 1 月につき
ADL 維持加算 (II)	60 単位 / 1 月につき	60 円 / 1 月につき
生活機能向上連携加算 (I)	100 単位 / 3 月につき	100 円 / 3 月につき
生活機能向上連携加算 (II)	200 単位 / 1 月につき	200 円 / 1 月につき
介護職員等処遇改善加算 (新加算 II)	当該月の総利用単位数の 9.0%	
送迎未利用時の減算	47 単位 / 片道につき	
サービス提供体制加算 (I)	22 単位 / 1 日につき	47 円 / 片道につき
サービス提供体制加算 (II)	18 単位 / 1 日につき	22 円 / 1 日につき
サービス提供体制加算 (III)	6 単位 / 1 日につき	18 円 / 1 日につき

ウ その他の費用

*以下の料金をご契約者様の全額負担となります。

食事代・おやつ代	食事 600 円 / 1 食、おやつ代 100 円 (イベント時)	
教養娯楽費	レク・クラブ活動費用	実費
その他	上記の他、日常生活上必要なものであって、ご利用者に負担していただくことが適当と認められるもの。	

生活リハビリテーション重視型デイサービス 四季彩

① 総合事業 通所型サービス

ア 通所サービス費（1月あたり） 基本報酬

区 分	単 位	目 安
	総合事業（通所型サービス）	
要支援1	1, 798単位	週1回
要支援2	3, 621単位	週2回

イ 付加サービス（1月あたり）

区 分	単 位 【1割負担の場合（円）】	
	総合事業（通所型サービス）	
生活機能向上連携加算		
生活機能向上連携加算 I	100単位（円）	
生活機能向上連携加算 II	200単位（円）	
生活機能向上グループ活動加算	100単位（円）	
栄養アセスメント加算	50単位（円）	
栄養改善加算	200単位（円）	
口腔・栄養スクリーニング加算（6月に1回まで）		
口腔・栄養スクリーニング加算（I）	20単位（円）	
口腔・栄養スクリーニング加算（II）	5単位（円）	
口腔機能向上加算		
口腔機能向上加算 I（1月に2回まで）	150単位（円）	
口腔機能向上加算 II（1月に2回まで）	160単位（円）	
一体的サービス提供加算	480単位（円）	
サービス提供体制強化加算		
サービス提供体制強化加算（I）	要支援1	88単位（円）
	要支援2	176単位（円）
サービス提供体制強化加算（II）	要支援1	72単位（円）
	要支援2	144単位（円）
サービス提供体制強化加算（III）	要支援1	24単位（円）
	要支援2	48単位（円）
科学的介護推進体制加算	40単位（円）	
介護職員等処遇改善加算	当該月の総利用単位数の9.0%	

ウ その他の費用

*以下の料金をご契約者様の全額負担となります。

食事代・キャンセル代	600円/1食 おやつ代100円（イベント時）	
入湯料	500円	
おむつ代	100円/枚	
教養娯楽費	レク・クラブ活動費用	実費
その他	上記の他、日常生活上必要なものであって、ご利用者に負担していただくことが適当と認められるもの。	

(2) 料金の支払方法

ア 銀行または郵便局による自動引き落としの場合当月の請求書と前月分の領収書を20日までに郵送し、引き落としは、毎月末日にさせていただきます。
(※やむを得ない事情で引き落としできない場合は、翌月にまとめて引き落としさせていただきます。)

イ その他現金でのお支払いの場合

基本利用料及び付加サービスの利用料については利用日に一か月分の自己負担額を一括でお支払いください。また、利用月ごとに「4-(2)」その他の利用料を支払ってください。翌月の20日までに翌月請求書とともに領収書を発行いたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービス利用開始

まずはお電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いします。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員又は地域包括支援センターとご相談ください。

(2) サービス終了

ア お客様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7日間前までに、お申し出ください。

イ 当事業所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業により、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が、その場合は、1か月前までに文書で通知します。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービス終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・お客様が亡くなられた場合。

エ その他

- ・お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 サービス内容に関する苦情・相談

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 木庭稀斗・富田淳平

電話 096-320-3161

受付日 土曜日・日曜日を除く年中（ただし、12月31日～1月3日、を除く）

受付時間 午前8時30～午後17時00分

(2) 苦情処理体制

別途定める利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要の通り。

(3) その他

当事業所以外に、熊本県の国民健康保険団体連合などの相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 熊本県健康福祉部高齢保健福祉課

096-383-1111

イ 熊本県国民健康保険団体連合会（介護サービス苦情・相談窓口）

096-214-1101

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	氏名			
	連絡先		電話番号	
ご家族	氏名			
	連絡先		電話番号	

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対して応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（介護事業者賠償責任保障契約）

9 非常災害対策

防災時の対応	防災計画による
防災設備	火災報知機及び消火器を設置
防災訓練	年2回実施
防火責任者	木庭 稀斗

10 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お客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様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で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、お客様又はご家族の個人情報を用います。

サービス提供開始にあたり、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者名 有限会社 トータルライフケア
事業所名 生活リハビリテーション重視型デイサービス 四季彩
事業所所在地 熊本市南区富合町南田尻471
管理者 富田 淳平

説明者氏名 _____

私は、本書面により事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者
氏名 _____

(代理人)
氏名 _____

説明・同意日 _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日