

通所介護重要事項説明書
〈令和 7 年 4 月 1 日現在〉

社会福祉法人 熊本市社会福祉事業団
中央デイサービスセンター
(通所介護事業所)

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	社会福祉法人 熊本市社会福祉事業団
代 表 者 名	理事長 田 端 高 志
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 熊本市西区花園 7 丁目 19 番 1 号 (電話) 096-273-7506 (FAX) 096-223-8220

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	中央デイサービスセンター
所在地・連絡先	(住所) 熊本市中央区壺川 2 丁目 3 番 85 号 (電話) 096-323-8247 (FAX) 096-323-8248
事 業 所 番 号	4370101901
管理者の氏名	縄田 寿々奈
利 用 定 員	40 人※但し介護予防通所サービスを含む

(2) 事業所の職員体制

従 業 者 の 職 種	人数 (人)	区 分		常勤換算後 の人数(人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管 理 者	1	1		1.0	通所介護従事者及び業務の一元的管理
生 活 相 談 員	3	3		1.0	利用申込の調整、通所介護計画の作成、業務の実施状況把握、利用者の相談
介 護 職 員	11	8	3	9.7	指定通所介護の提供
看 護 職 員	5	2	3	3.2	利用者の体調・健康状態のチェック、入浴可否の判断
機能訓練指導員	6	3	3	4.2	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練の実施
調 理 員	1 以上	0	1 以上		提供する食事の調理、配膳
事 務 員	1	1	0	0.3	施設事務の処理
運 転 手	3	0	3	0.9	送迎車の運転

(3) 職員の勤務体制

原則として正規の勤務時間は、8時30分から17時15分まで

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	熊本市内（小学校区）で、中央区（壺川、城東、慶徳、一新、五福、碩台、黒髪）、北区（西里、高平台、清水）、西区（池田、花園、城西）にあって送迎に支障のない区域とする。
---------	--

※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	営 業 時 間
平 日 ・ 土 曜 日 ・ 祝 祭 日	8：30～17：15
営業しない日	日曜日・12月31日～ 1月 3日

(6) サービス提供時間

9時から17時まで

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	ご利用者様の身体状況に配慮した食事の提供及び、介助が必要なご利用者様に対して、介助を行います。また、嚥下困難者のための刻み食、流動食の提供を行います。

入浴	入浴の提供及び介助が必要なご利用者様に入浴の介助・洗髪介助を行います。 (寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。) また、ご利用者様の身体状況や浴室の環境を踏まえ、自宅等でご自身又はご家族等の介助により自立した入浴を行うことができるよう、個別の入浴介助を行います。
排泄	ご利用者様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	機能訓練指導員等によりご利用者様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に努め、社会参加を促します。また日常生活動作訓練により在宅生活の延長を図ります。 集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操等を通じた訓練を行います。
健康チェック	体温・脈拍・血圧測定を行い、全身状態の把握を行います。
相談及び助言	日常生活上の介護等に関する相談及び助言を行います。
送迎	ご利用者様の居宅と事業所までの間の送迎を行います

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の額に各ご利用者様の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。

【基本料金表】（１回あたり） 単位：円

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
３時間以上 ４時間未満	3, 700	4, 230	4, 790	5, 330	5, 880
４時間以上 ５時間未満	3, 880	4, 440	5, 020	5, 600	6, 170
５時間以上 ６時間未満	5, 700	6, 730	7, 770	8, 800	9, 840
６時間以上 ７時間未満	5, 840	6, 890	7, 960	9, 010	10, 080
７時間以上 ８時間未満	6, 580	7, 770	9, 000	10, 230	11, 480
８時間以上 ９時間未満	6, 690	7, 910	9, 150	10, 410	11, 680

【加算料金表】①（１日につき） 単位：円

入浴加算	I	400	認知症加算		600
入浴加算	II	550	★介護職員等処遇改善加算	II	利用料金の9.0%
中重度者ケア体制加算		450	★サービス提供体制強化加算	I	220
個別機能訓練加算	Iイ	560	★サービス提供体制強化加算	II	180
個別機能訓練加算	Iロ	760			

【加算料金表】②（１月につき） 単位：円

個別機能訓練加算	II	200	ADL 維持等加算	III	30
ADL 維持等加算	I	300	科学的介護推進体制加算		400
ADL 維持等加算	II	600			

【加算料金表】③（１回につき）六月に１回 単位：円

口腔・栄養スクリーニング加算	I	200	口腔・栄養スクリーニング加算	II	50
----------------	---	-----	----------------	----	----

【加算料金表】④（１回につき）一月に２回 三月以内 単位：円

口腔機能向上加算	I	1, 500	口腔機能向上加算	II	1, 600
----------	---	--------	----------	----	--------

【減算】（１回あたり）

送迎を伴わない場合（片道）	▲470	同一建物減算	▲940
業務継続計画策定減算	▲所定単位数の100分の1	高齢者虐待防止措置未実施減算	▲所定単位数の100分の1

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、ご利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額がご利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、ご利用者は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。

（２） 介護保険給付対象外サービス

○ 通常要する時間を超えるサービス

ご利用者の都合により、通常提供する通所介護サービスの所要時間を超えてサービスを提供した場合は、超過料金をご負担していただく場合があります。

○ 給食費

食事サービスを受ける方は、給食費の実費１食あたり６００円が必要となります。当日の利用キャンセルにつきましては、午前９時以降の欠席連絡をお受けした場合、その給食に係る実費相当額の６００円が必要となります。

○ おむつ代

紙おむつ等を使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

○ 事業の実施地域外の送迎費

２－(４)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費 **1km14 円**が必要となります。
 ２－(４)の事業の実施地域にお住まいの方は３－（１）－イの【料金表】をご覧ください。

○ その他の費用

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る費用であって、ご利用者様にご負担いただく事が適当と認められる費用は、ご利用者様の負担となります。

（３） 利用料等のお支払方法

一月分を口座引落としにて徴収いたします。※入金確認後、領収証を発行します。

4 事業所の特色等

（１） 事業の目的

センターは、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、介護職員、調理員（以下「通所介護従事者」という。）をして要介護状態又は要支援状態にある高齢者（以下「ご利用者様」という。）に対し、その有する能力に応じ自立した生活が営めるよう、日帰り通所による食事や入浴の提供、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、ご利用者様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。

（２） 運営方針

センターは、ご利用者様の意思及び人格を尊重して、常にご利用者様の立場に立ったサービスの提供に努め、事業の運営に当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、地域包括支援センター、他の

居宅サービス事業者、保健・医療・福祉サービス提供者との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。事業はご利用者様の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、目標を設定し計画的に行い、自ら提供する指定通所介護サービスの質の評価を行い、常にその改善が図られるように努めます。

(3) その他

事 項	内 容
通所介護計画の作成及び事後評価	ご利用者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、通所介護計画書を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してご利用者様に説明のうえ交付します。
従業員研修	通所介護従事者が資質向上を図るための定期的な研修の機会を確保し、常に技術の進歩に対応した適切なサービスが提供できるよう努めます。

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 管理者 縄田 寿々奈 ご利用時間 8:30~17:15 ご利用方法 電 話 (096-323-8247) 面 接 (当事業所相談室) 苦情箱 (デイルームに設置)
熊 本 県 国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会	住所 熊本市東区健軍1丁目18-7 電話 (096-214-1101) 受付時間 平日9:00~17:00
熊 本 市 介 護 保 険 課 介 護 事 業 指 導 室	住所 熊本市中央区手取本庁1-1 電話 (096-328-2793) 受付時間 平日9:00~17:00

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に、病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、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をします。

主治医	病院名及び 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

非常時の対応	別途定める避難確保計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設 備 名 称	個 数 等	設 備 名 称	個 数 等
	自動火災探知機	あり	消火器	7カ所
	誘導灯	5カ所	防煙壁	なし
	屋内消火栓	なし		
	カーテン等は防火性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	中央消防署への届出日：令和年 4月 1日 防火管理者：河野 和博			

8 感染症の予防及びまん延の防止の為の処置

事業所は、感染症が発生し、またはまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるように努めます。

- (1) 事業所に感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催します。その結果を、従事者に周知徹底します。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 通所介護事業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

9 事業継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護事業所の提供を継続的に実施するため及び非常時での体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、通所介護事業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するように努めます。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

10 虐待の防止

利用者に対し、虐待防止マニュアルのとおり、職員に研修などを実施し、虐待防止に努めます。

11 ハラスメント対策強化

適切なサービスの提供を確保する観点から、職員の就業環境を害することを防止するための方針を定め、対策を強化します。)

12 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及び介護保険負担割合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。
- 喫煙は敷地内禁煙のため、ご遠慮ください。
- 他のご利用者様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。
- 安全に配慮しサービスの提供をいたしますが、当施設の過失なき事故については責任を負いかねますので、ご容赦ください。

13 情報提供について

通所介護サービスの利用にあたり、通所介護計画書、個別機能訓練実施計画書、個人情報等をサービス担当者会議・各関係機関に情報提供を行うことがあります。

この通所介護重要事項説明書は、指定居宅介護支援事業所_____の

介護支援専門員である_____がご利用者様のために作成した居宅サービス計画（ケア

プラン）に従った内容です。

当事業者は、契約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	熊本市西区花園 7 丁目 19 番 1 号
	事業者（法人）名	社会福祉法人 熊本市社会福祉事業団
	施設名	中央デイサービスセンター
	（事業所番号）	4370101901
	代表者名	理事長 田 端 高 志 印

説 明 者	職 名	
	氏 名	印

私は、契約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受けました。

令和 年 月 日

ご 利 用 者 様	住 所	
	氏 名	印

代理人（選任した場合）様	住 所	
	氏 名	印