

介護予防通所サービス及び運動型通所サービス

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

長寿の里デイサービスセンター

（介護予防通所サービス及び運動型通所サービス事業所）

＜ 介 護 予 防 通 所 サービス 及 び 運 動 型 通 所 サービス ＞

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

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	長寿の里デイサービスセンター
所在地・連絡先	（住所）熊本市西區城山薬師2丁目10-10 （電話）096-329-1112 （FAX）096-329-1771
事 業 所 番 号	4370101869
管理者の氏名	伊藤 優子
利用定員	介護予防通所サービス 40人 ※但し介護の方を含む 運動型通所サービス 5人

(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	通所従事者及び業務の一元的管理
生 活 相 談 員	5	5	0	1.2	利用申込の調整、第一号通所サービス計画の作成、業務の実施状況把握、利用者の相談
介 護 職 員	12	10	2	7.0	指定通所サービスの提供
看 護 職 員	4	3	1	2.0	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	7	5	2	2.6	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	4	0	4		提供する食事の調理、配膳（業務委託）
事 務 員	2	2	0		施設事務の処理
運 転 手	4	0	4		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、西区（花園、城西、池上、春日、古町、白臺、高橋、城山、小島、中島）南区（日吉、日吉東、力合西、川尻、秋田東、秋田南、秋田西、銭塘、奥古閑）中央区（一新、慶徳、五福、向山）校区とする
---------	--

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日及びサービス提供時間

サ ー ビ ス	営 業 日	サ ー ビ ス 提 供 時 間
介 護 予 防	平 日 ・ 土 曜 日	9:00~17:00
	祝祭日	
	営業しない日	日曜日・12月31日～ 1月 3日
運 動 型	平 日 ・ 土 曜 日	9:30~12:30
	祝祭日	
	営業しない日	日曜日・12月31日～ 1月 3日

3 サービスの内容及び費用

(1) 第一号通所サービス対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 12:15～13:00(介護予防通所サービス対象) 栄養とご利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。
入 浴	入浴又はシャワー浴を行います。 (介護予防通所サービス対象)
排 泄	ご利用者の排泄の自立について適切な援助を行います。
健 康 チェック	血圧測定等ご利用者の全身状態の把握を行います。
相 談 及 び 援 助	ご利用者様とそのご家族様からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅等から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。
口腔器機能向上加算	口腔器能の向上が必要な利用者に対して、口腔訓練を実施します。 (介護予防通所サービス対象)
栄 養 改 善 加 算	栄養改善の必要なご利用者様に対して、栄養改善を実施します。 (介護予防通所サービス対象)
生活機能向上 グループ活動加算	複数ご利用者様でグループをつくり、日常生活上の支援のための活動を行います。(介護予防通所サービス対象)

イ 費用

原則として、料金表の利用料金の額に各ご利用者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。

【料金表】

〇月額(単位:円)

サービス	要支援1	要支援2
介護予防通所サービス	17,980	36,210
運動型通所サービス	14,280	29,270

令和6年6月1日より介護職員等処遇改善加算は下記のように変更になります。

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	利用料金の9.2%
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	利用料金の9.0%
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	利用料金の8.0%
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	利用料金の6.4%

〇加算料金(1月につき)単位:円

栄	養	改	善	1,500								
口	腔	機	能	向	上	1,500						
事	業	所	評	価	1,200							
生	活	機	能	向	上	グ	ル	ー	プ	活	動	1,000
サービス提供体制強化加算	Ⅰ	要支援1	880									
		要支援2	1,760									
サービス提供体制強化加算	Ⅱ	要支援1	720									
		要支援2	1,440									
サービス提供体制強化加算	Ⅲ	要支援1	240									
		要支援2	480									

科学的介護推進体制加算		400
口腔栄養スクリーニング加算	I	200
	II	50

○加算料金（1回につき）6月に1回 単位：円

- ・ 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、ご利用者様の第一号通所サービス計画（以下「計画書」という）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、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 市税の滞納等により、事業者へ直接支給費の給付が行われない場合があります。その場合、ご利用者様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サービス提供証明書と領収証を発行します。

（２） 第一号通所サービス対象外サービス

○ ご利用者様の都合により、通常提供する介護予防通所サービス及び運動型通所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。当日利用キャンセルの場合、9時以降の欠席連絡につきましては、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

おむつを使用される方は、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。

○ その他の費用

介護予防通所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わる費用であって、ご利用者様に負担させること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。

○ 運動型通所サービスにおける利用時間延長

午前、または午後の時間延長を希望される方は、1回の利用につき600円の実費が必要となります。

○ 運動型通所サービスにおける入浴サービス

入浴サービスを希望される方は、利用時間延長のうえ、1回の入浴につき500円の実費が必要となります。

（３） 利用料等のお支払方法

一月分を口座引落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、栄養士、介護職員、調理員（以下「通所従事者」という。）をして要支援状態にある方（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、日帰り通所による機能訓練や必要な日常生活上の支援等を行うことにより、ご利用者様の要介護状態等となることの予防及び心身の機能の維持・向上を図ることを目的とします。

※【要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うため、厚生労働省令で定める基準に従って、地域支援事業として、次に掲げる事業（以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。）を行うものとする。】

〈【 】は、地域支援事業の目的です。〉

（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。事業はご利用者の要支援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、自ら提供する第一号通所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
介護予防通所サービス計画書及び運動型通所サービス計画書の作成及び事後評価	ご利用者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、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（通所サービス計画書）に記載してご利用者に説明のうえ交付します。
従業員研修	通所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 伊藤 優子
	ご利用時間	8：30～17：15
	ご利用方法	電 話（096-329-1112）
		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、速やかにご利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、介護予防サービス・支援計画書を作成した地域包括支援センター等へ連絡をします。

主治医	病院名及び所在地	
	氏 名	
	電 話 番 号	
緊急時連絡先 （ご家族等）	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
	自動火災感知機	22 か所	消火器	16 か所
	誘導灯	13 か所		
	屋内消火栓	6 か所		
	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	北消防署への届出日：令和 6年 8月 12日 防火管理者： 築 地 喜 生			

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負担割合証、地域包括支援センター等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。
- 施設内での他のご利用者様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

介護予防通所サービス及び運動型通所サービスのご利用にあたり、計画書、運動機能向上訓練実施計画書、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。

この介護予防通所サービス及び運動型通所サービス重要事項説明書は、地域包括支援センター等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介護予防サービス・支援計画書に従った内容です。

当事業者は、契約書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防通所のサービス及び運動型通所サービスの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	長寿の里デイサービスセンター
	（事業所番号）	4370101869
	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、介護予防通所サービス及び運動型通所サービスの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