

# ひかりの園教良木デイホーム重要事項説明書

2024年4月1日

当事業所は、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを、次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援」「事業対象者」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

## 1、事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人姫戸ひかり会
代表者名	理事長 深谷 恵了
法人所在地・連絡先	(住所) 熊本県上天草市姫戸町姫浦2661番地 (電話) 0969-58-2246 (FAX) 同上

## 2、事業所の概要

### (1) 事業所名及び事業所番号

事業所名	ひかりの園教良木デイホーム
所在地・連絡先	(住所) 熊本県上天草市松島町教良木字丸山2965番3 (電話) 0969-57-0555 (FAX) 0969-57-0555
介護保険事業所番号	4391200120
管理者の氏名	斎藤 沙由里

### (2) 事業所の目的

当事業所は、介護保険法令の趣旨に従い、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に対し指定通所介護サービスを提供します。

### (3) 事業の実施地域

事業の実施地域	上天草市
---------	------

### (4) 営業日及び営業時間並びにサービス提供時間

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	9:00～16:30
サービス提供時間	9:00～16:15

\*営業しない日：土曜日・日曜日・12月30日・12月31日・1月1日・1月2日

### (5) 利用定員 10人

### 3、職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> (職員の配置については、指定基準を遵守しています。)

職 種	配 置 人 員	指 定 基 準
1. 事業所長(管理者)	1名(兼務可)	1名(常勤職員であること)(兼務可)
2. 介護職員	1名	介護職員又は看護職員 1名
3. 生活相談員	1名(兼務可)	1名
4. 看護職員	1名(兼務可)	1名
5. 機能訓練指導員	1名(兼務可)	1名

### 4、当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して、以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス(契約書第4条参照)

当事業所が提供する指定通所介護サービスの内容は次のとおりです。

<サービスの概要>

① 身体介護に関すること

日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供する。

排泄の介助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体介護

② 入浴に関すること

家庭において入浴することが困難なご契約者に対して、必要な入浴サービスを提供する。

衣類着脱の介護、身体の清潔、整髪その他必要な入浴の介助

③ 食事に関すること

食事を希望するご契約者に対して、必要な食事のサービスを提供する。

食事摂取の介助、その他必要な食事の介助

④ 機能訓練に関すること

体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行う。

⑤ アクティビティ・サービスに関すること

ご契約者が、生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることができるよう、アクティビティ・サービスを実施する。これらの活動を通じて仲間づくり、年齢や障害を問わず、心身機能の維持・向上、心身の回復や情緒安定を図る。

⑥ 送迎に関すること

送迎を必要とするご契約者に対し送迎サービスを提供する。

⑦ 相談・助言に関すること

ご契約者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。

【7時間以上8時間未満ご利用の場合】

～要介護認定者の場合～ <サービス利用料金（1回あたり）>（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い頂きます。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料	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
2. 入浴介助加算（Ⅰ）	400円／日				
3. 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	560円／日				
4. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	220円／日				
5. 上記小計	9,310円	10,680円	12,100円	13,500円	14,900円
6-1. サービス利用に係る自己負担額（1割）	931円	1,068円	1,210円	1,350円	1,490円
6-2. サービス利用に係る自己負担額（2割）	1,862円	2,136円	2,420円	2,700円	2,980円
6-3. サービス利用に係る自己負担額（3割）	2,793円	3,204円	3,630円	4,050円	4,470円
7. 個別機能訓練加算（Ⅱ）	200円／月				
8. 科学的介護推進体制加算	400円／月				
9. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×5.9%の料金をお支払いいただきます。				
10. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×1.2%の料金をお支払いいただきます。				
11. 介護職員等ベースアップ等支援加算	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×1.1%の料金をお支払いいただきます。				
12. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×9.2%の料金をお支払いいただきます。				

（加算：1月あたり）

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）、介護職員等ベースアップ等支援加算については令和6年5月までの算定になります。介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）については令和6年6月からの算定になります。

○介護給付サービス加算

加算項目	内 容	自己負担
入浴介助加算（Ⅰ）	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行う、入浴実施加算。	40円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	職員の介護福祉士配置加算となります。	22円／日
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	通所介護事業所の機能訓練指導員が、利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握するとともに、居宅での生活状況を把握し、さらに機能訓練を実施した場合の加算となります。	56円／日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	加算（Ⅰ）に加えて、個別機能訓練加算等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合の加算となります。	20円／月

科学的介護推進体制加算	入居者・利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合における加算となります。	40 円／月
感染症・災害時利用者減の場合の加算	通所介護等の報酬について、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、延べ利用数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から 5%以上減少している場合 3 か月間、基本報酬の 3%の加算を行う。	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	職員の介護福祉士配置加算となります。	22 円／日
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×5.9%を乗じた金額です。	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×1.2%を乗じた金額です。	
介護職員等ベースアップ等支援加算	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×1.1%を乗じた金額です。	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×9.2%を乗じた金額です。	

< サービス利用料金（1 月あたり） >（契約書第 7 条参照） ～事業対象者・要支援認定者の場合～

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料	事業対象者・要支援 1 （週 1 回程度利用）	事業対象者・要支援 2 （週 2 回程度利用）
		17,980 円
2. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	880 円	1,760 円
3. 科学的介護推進体制加算	400 円	400 円
上記小計	19,180 円	38,370 円
サービス利用に係る自己負担額（1 割）	1,918 円	3,837 円
サービス利用に係る自己負担額（2 割）	3,836 円	7,674 円
サービス利用に係る自己負担額（3 割）	5,754 円	11,511 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護保険給付対象サービスの合計金額×5.9%を乗じた金額です。	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	介護保険給付対象サービスの合計金額×1.2%を乗じた金額です。	
介護職員等ベースアップ等支援加算	介護保険給付対象サービスの合計金額×1.1%を乗じた金額です。	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護保険給付対象サービスの合計金額×9.2%を乗じた金額です。	

○介護給付サービス加算

加算項目	内 容	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	職員の介護福祉士配置加算となります。	220 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護保険給付対象サービスの合計金額×5.9%を乗じた金額です。	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	介護保険給付対象サービスの合計金額×1.2%を乗じた金額です。	
介護職員等ベースアップ等支援加算	介護保険給付対象サービスの合計金額×1.1%の金額です。	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護保険給付対象サービスの合計金額×9.2%の金額です。	

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）、介護職員等ベースアップ等支援加算については令和 6 年 5 月までの算定になります。介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）については令和 6 年 6 月からの算定になります。

☆指定通所介護及び指定介護予防通所介護相当サービス及び基準該当障害福祉サービス提供した場合の利用料の額は市区町村が定める基準によるものとする。当該指定通所介護等が法定代理受領サービスである時は、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額とする。

☆ご契約者がいまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合ご契約者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆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契約者の負担額を変更します。(契約書第9条参照)

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条、第7条、第9条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料>

① 食費

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金：1食あたり 520円とする。 (食事時間) 昼食 12:00～13:00

- ・ 当事業所では、栄養士(管理栄養士)の献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のためできるだけ離床し、食堂にて食事をとっていただけるように配慮します。

② 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

おむつ代 1枚当り 尿とりパット(20円)、

1枚当り 紙おむつ・はくパンツタイプ(M・L90円/L100円)、

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2カ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第7条参照)

前項(1)、(2)の料金・費用は、サービス終了時に、お支払い下さい。

特別な事情により、支払方法等希望(月払い・振込み等)がある場合はお申し出ください。

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第8条参照)

- ・ 利用予定日の前にご契約者の都合により、指定通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前までに、事業所に申し出て下さい。
- ・ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日をご契約者に提示して協議します。



○電話番号 0969-57-0555  
 ○受付時間 毎週 月曜日 ~ 金曜日 9:00~16:30

○苦情を処理するための体制・手順（措置の概要）

- ①苦情は、意見箱を利用して、電話や窓口で直接に、書面を利用して等、いろいろな方法で申し出ることができます。
- ②苦情申し出先は、苦情受付担当者に限らず、ひかりの園職員であれば誰でも可能です。また、苦情受付担当者以外で受け付けた場合は速やかに受付担当者に報告します。
- ③苦情受付担当者は、速やかに苦情解決責任者に報告し、苦情解決責任者は、苦情対応委員会を招集します。
- ④苦情対応委員会は、苦情内容を確認の上、申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。
- ⑤苦情解決責任者は、必要に応じて理事会・評議員会及び第三者委員（苦情解決委員）に報告します。
- ⑥解決できない苦情は、関係機関に申し出することができます。
- ⑦関係機関は、受け付けた苦情に対し、速やかに調査し解決に努めます。
- ⑧事業所（苦情解決責任者）は、関係機関の調査に協力し、解決に努めます。

(2) 行政機関その他苦情処理

上天草市松島庁舎 高齢者ふれあい課		所在地 〒861-6102 上天草市松島町合津 7915-1	電話番号 0969-56-1111	FAX 0969-56-0747	受付時間 8:30~17:15
国民健康保険団体連合会		所在地 〒862-0911 熊本市東区健軍2丁目4番10号	電話番号 096-324-1101	FAX 096-214-1105	受付時間 8:30~17:00
熊本県社会福祉協議会		所在地 〒860-0842 熊本市中央区南千反畑町3番7号	電話番号 096-324-5454	FAX 096-355-5440	受付時間 8:30~17:00
第三者委員	(社会福祉士) 松川あゆみ	住所 宇城市松橋町竹崎 769	電話番号 090-7451-7079		
	(地域代表) 松川 賢二	住所 上天草市松島町今泉 1207	電話番号 0969-56-0976		

令和 年 月 日

ひかりの園教良木デイホームの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ひかりの園教良木デイホーム

説明者職名

氏 名

印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、ひかりの園教良木デイホームの提供開始に同意しました。

契約者

〈住 所〉

---

〈氏 名〉

---

印

代理人(選任した場合)

〈住 所〉

---

〈氏 名〉

---

印

〈続 柄〉

---