

## 通所重要事項説明書

＜令和6年6月1日現在＞

### 1 通所介護事業者(法人の概要)

名称・法人種別	株式会社ヒューマンケアブロッサムズ
代表者名	代表取締役 橋部昌浩
所在地・連絡先	(住所)熊本県熊本市東区若葉一丁目33番16号 (電話)096-237-9977 (FAX)096-237-9978

### 2 事業所の概要

#### (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	デイサービスブロッサム
代表者名	代表取締役 橋部昌浩
所在地・連絡先	(住所)熊本県八代市郡築四番町47-2 (電話)0965-37-2673 (FAX)0965-37-2675
事業所番号	4370202295
管理者の氏名	北森大輔
利用定員	28名(通所介護・介護予防通所介護相当サービスの合計)

#### (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		0.6	統括業務 (有料老人ホーム兼務)
生活相談員	3	3		1.2	生活相談業務
介護職員	11	10	1	7.2	介護業務・送迎
看護職員	3	1	2	1.2	健康管理 (機能訓練指導員兼務)
機能訓練指導員	3	1	2	1.2	機能訓練業務 (看護職員兼務)

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯(9:00~18:00) 常勤で勤務	週休2日
生活相談員	正規の勤務時間帯(9:00~18:00) 常勤で勤務	週休2日
介護職員	正規の勤務時間帯(8:00~17:00) 変形労働時間制 職員勤務時間割による	週休2日
看護職員	正規の勤務時間帯(8:00~17:00) 変形労働時間制 職員勤務時間割による	週休2日
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯(8:00~17:00) 変形労働時間制 職員勤務時間割による	週休2日

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	八代市、八代郡、宇城市、葦北郡
---------	-----------------

※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	8:00~17:00
土曜日	8:00~17:00
営業しない日	日曜日・年始 1月1日~1月3日

### 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	(食事時間)12:00~13:00 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。 食事サービスの利用は任意です。
入浴	入浴又は清拭を行います。 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。 入浴サービスの利用は任意です。
排泄	利用者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利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能低下を防止するよう努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 歩行器 1台 車椅子 2台 マッサージチェア 1台 平行棒 1台 エクササイズペダラー 1台 滑車運動器 1台 エアロバイク 1台
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅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。

## 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に各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が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

### 【料金表】

#### A. 介護予防通所介護相当サービス(独自)費(1割負担の場合)

##### 1. 基本単位

介護度	料 金		確 認
要支援1	1672単位	1月につき	
要支援2	3428単位		

##### 2. 各種加算等

種 類	料 金		確 認
中山間地域等提供加算	所定単位数の5%加算	1月につき	
若年性認知利用者受入加算	240単位加算		
同一建物減算1 (要支援1)	376単位減算		
同一建物減算2 (要支援2)	752単位減算		
生活機能向上グループ活動加算	100単位加算		
運動器機能向上加算	225単位加算		
生活機能向上連携加算Ⅰ	200単位加算		
生活機能向上連携加算Ⅱ1	100単位加算		
生活機能向上連携加算Ⅱ2	200単位加算		
栄養改善加算	200単位加算		
栄養スクリーニング加算Ⅰ(6月に1回を限度)	20単位加算		
栄養スクリーニング加算Ⅱ(6月に1回を限度)	5単位加算		
栄養アセスメント加算	50単位加算	1月につき	
口腔機能向上加算Ⅰ	150単位加算		
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位加算		
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	480単位加算		
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	700単位加算		
事業所評価加算	120単位加算		
科学的推進体制加算	40単位加算		
サービス提供体制加算(Ⅰ)1 (要支援1)	88単位加算		
サービス提供体制加算(Ⅰ)2 (要支援2)	176単位加算		
サービス提供体制加算(Ⅱ)1 (要支援1)	72単位加算		
サービス提供体制加算(Ⅱ)2 (要支援2)	144単位加算		
サービス提供体制加算(Ⅲ)1 (要支援1)	24単位加算		
サービス提供体制加算(Ⅲ)2 (要支援2)	48単位加算		
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の59/1000加算		

#### B. 通常規模通所介護費(1割負担の場合)

##### 1. 基本単位

介護度	料 金					確認
	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	
要介護1	370単位	388単位	570単位	584単位	658単位	1回につき
要介護2	423単位	444単位	673単位	689単位	777単位	
要介護3	479単位	502単位	777単位	796単位	900単位	
要介護4	533単位	560単位	880単位	990単位	1023単位	
要介護5	588単位	617単位	984単位	1008単位	1148単位	

## 2. 各種加算等

種 類	料 金	確 認
中山間地域等に居住する者へサービスを提供する場合の加算	所定単位数の1000分の5	
入浴介助加算Ⅰ	40単位加算	1日につき
入浴介助加算Ⅱ	55単位加算	
中重度者ケア体制加算	45単位加算	
生活機能向上連携加算Ⅰ	100単位加算	1月につき
生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位加算	
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56単位加算	1日につき
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76単位加算	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位加算	1月につき
ADL維持等加算(Ⅰ)	30単位加算	
ADL維持等加算(Ⅱ)	60単位加算	
認知症加算	60単位加算	1日につき
若年性認知症利用者受入加算	60単位加算	
栄養アセスメント加算	50単位加算	1月につき
栄養改善加算	150単位加算	月2回限度
栄養スクリーニング加算Ⅰ(6月に1回を限度)	20単位加算	1回につき
栄養スクリーニング加算Ⅱ(6月に1回を限度)	5単位加算	
口腔機能向上加算Ⅰ	150単位加算	3ヶ月内 月2回 限度
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位加算	
同一建物減算	94単位減算	1日につき
介護送迎減算	47単位減算	片道につき
科学的介護推進体制加算	40単位加算	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位加算	1回につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位加算	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位加算	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の59/1000加算	1月につき

・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、お客様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。

・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、お客様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、事業者へ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、お客様は料金表の利用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書を発行します。

## (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

お客様の希望により、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する場合は、1時間550円を負担していただきます。

### ○食事の提供に要する費用

食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。※食費627円(おやつを含む)

### ○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。

※例(おむつ・尿取りパット代 1800円・821円/枚)

### ○事業の実施地域外の送迎費

2-(4)の事業の実施地域外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。

通常事業の実施地域を超える地点から1kmあたり22円(往復)※1km未満は切上にて計算

### ○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、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

### ○キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の4日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の2日前までに連絡があった場合	利用料自己負担の部分の50%
利用日の前日又は当日に連絡があった場合	利用料自己負担の部分の100%

### (3) 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、28日までに下記の通りお支払ください。

①現金の場合 サービス提供時にその都度、まとめて徴収いたします。

※現金受領の際、領収証を発行します。

②送金の場合 下記の口座へご送金ください。

肥後銀行 健軍支店

普通預金口座 ( 口座番号 普1835416 )

口座名義 カ)ヒューマンケアブロッサムズ ㈱)ハシベマサヒロ

③自動口座振替の場合

利用者の銀行口座より毎月28日に自動引き落としいたします。

## 5 事業所の特色等

### (1)事業の目的

株式会社ヒューマンケアブロッサムズが開設する指定介護予防通所介護・通所介護事業所デイサービスブロッサムが行う介護予防通所介護・通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所介護を提供することを目的とする。

### (2)運営方針

事業者は、介護保険法の主旨にしたがって、利用者の意思及び人格を尊重し、通所介護計画に基づいて必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、利用者の社会的孤立感の解消及び精神的負担の軽減を図るよう支援する。

2 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

### (3)その他

事 項	内 容
通所介護計画書の作成及び事後の評価	当事業所の管理者が、お客様の直面している課題を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況を評価し、その結果を書面(サービス報告書)に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年2回、資質向上のための研修を行っています

## 6 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	お客様相談センター		
	ご利用時間	9:00 ~ 17:00		
	ご利用方法	電話	096-243-0009	
		FAX	0965-37-2675	
		面接	(当事業所 相談室)	

## 7 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急連絡先(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	氏 名	
病院名及び所在地	住 所	
	電話番号	

緊急連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	( )
	住 所	
	電話番号	



## 8 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防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回総合訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	なし	防火扉・シャッター	なし
	避難階段	なし	屋内消火栓	なし
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	2箇所		
	カーテン、布団等は防火性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	消防署への届日	令和3年11月17日		
	防火管理者			

## 9 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と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用表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。

○決められた場所以外での禁煙はご遠慮ください。

○他の利用者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。

当事業者は、サービス内容説明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	熊本県熊本市若葉一丁目33番16号	
	事業者(法人)名	株式会社ヒューマンケアブロッサムズ	
	施設名	デイサービスブロッサム	
	(事業所番号)	4370202295	
	代表者名	代表取締役 橋 部 昌 浩	印
説明者	職 名		
	氏 名		印

私は、サービス内容説明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

利用者	住 所		
	氏 名		印
代筆者/代理人 (選任した場合)	住 所		
	氏 名		印