

# 重要事項説明書

あなたに対する通所介護・介護予防通所介護相当サービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 事業者概要

事業者名称	医療法人 啓正会
主たる事務所の所在地	長崎県西彼杵郡時津町浜田郷 572
法人種別	医療法人
代表者名	清水 啓宗
設立年月日	昭和52年9月19日
電話番号	095-882-1225
ファクシミリ番号	095-882-1716

## 2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター モン・サン琴海村松
事業所の種類・指定番号	通所介護・長崎市指令福総第132号 4270110325 介護予防通所介護相当サービス 42A0102184
所在地	長崎県長崎市琴海村松町 399 番地
電話番号	095-840-3010
ファクシミリ番号	095-840-3033
開設年月日	平成26年10月1日
管理者の氏名	松尾 拓郎
サービス提供地域	長崎市（長崎市琴海中学校・三重中学校・式見小学校・岩屋中学校・滑石中学校・横尾中学校校区）、時津町、長与町

## 3. ご利用事業所の設備概要

建物の構造	鉄筋コンクリート9階建て
延べ床面積	123.802 m <sup>2</sup>
利用定員	20名
設備	食堂兼機能訓練室、事務室、相談室、静養室、多目的便所、更衣室、浴室

## 4. 事業の目的と運営方針

事業の目的及び運営方針	要支援又は要介護者である利用者に対して、可能な限り居宅において、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身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。 また事業の実施にあたっては、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。
-------------	--

## 5. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の 従業者の職種	員数	勤務の体制
管理者	1名	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得て交付します。 4 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。
生活相談員	1名以上	1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。
看護職員 (機能訓練指導員と兼務)	1名以上	1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。
介護職員	4名以上	1 通所介護計画に基づいて、生活機能の維持又は向上を目指し必要な日常生活上の世話及び介護を行います。
機能訓練指導員 (看護職員と兼務)	1名以上	1 通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、機能訓練を行います。

## 6. 管理者

事業所の管理者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者の氏名	松尾 拓郎
--------	-------

## 7. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日(土曜・日祝日 12月30日～1月3日休み)
営業時間	午前8時30分～午後5時00分
サービス提供時間	午前9時15分～午後4時00分

## 8. 提供するサービス内容

通所介護計画に基づいた介護、機能訓練、食事の提供、レクリエーション等のサービスを行います。

## 9. 利用料

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス(利用料に掛かる介護保険負担割合証記載による1割・2割・3割が各々自己負担)
- (2) 介護保険の適用を受けないサービス(全額自己負担)
- (3) その他の費用(全額自己負担)

### (1) 介護保険の適用を受けるサービス

#### ① 通所介護サービス3時間以上4時間未満利用の負担額(1日につき)

要介護度	単位数	ご利用料金	ご利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	370	3,751円	376円	751円	1,126円
要介護2	423	4,289円	429円	858円	1,287円
要介護3	479	4,857円	486円	972円	1,458円
要介護4	533	5,404円	541円	1,081円	1,622円
要介護5	588	5,962円	597円	1,193円	1,789円

#### 通所介護サービス6時間以上7時間未満利用の負担額(1日につき)

要介護度	単位数	ご利用料金	ご利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	584	5,891円	593円	1,185円	1,777円
要介護2	689	6,956円	699円	1,398円	2,096円
要介護3	796	8,030円	808円	1,615円	2,422円
要介護4	901	9,095円	914円	1,828円	2,741円
要介護5	1,008	10,170円	1,023円	2,045円	3,067円

#### ② 通所介護サービスに加えて負担する額

項目	単位数	ご利用料金	ご利用者負担額			算定回数
			1割負担	2割負担	3割負担	
入浴介助加算(Ⅰ)	40	405円	41円	81円	122円	1日につき
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40	405円	41円	81円	122円	1月につき
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	※1 利用された総単位数の9.0%		※1の1割	※1の2割	※1の3割	1月につき

※ 送迎サービスを利用されない場合には片道につき、ご利用料金から476円減額されます。

※ 事業所と同一の建物から通う利用者は1日につきご利用料金から953円減額されます。

③ 介護予防通所介護相当サービスの負担額

要介護度または 各事業対象者	単位数	ご利用料金	ご利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1 (週1回程度)	1,798	18,231円	1,824円	3,647円	5,470円
要支援2 (週2回程度)	3,621	36,716円	3,672円	7,344円	11,015円
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ	※1 利用された総単位数の9.0%		※1の1割	※1の2割	※1の3割

※ 事業所と同一の建物から通う事業対象者・要支援1の方は1月につきご利用料金から3,812円減額されます。

※ 事業所と同一の建物から通う要支援2の方は1月につきご利用料金から7,625円減額されます。

(2) 介護保険の適用を受けないサービス

① 介護保険の支給限度額を超えるサービスの利用料は、利用者の全額自己負担となります。

(3) その他の費用

① 交通費(通常の実施地域を越える場合)

通常の実施地域を越えた地点から居宅までの交通費として1kmあたり150円をいただきます。

② 食費:1食あたり食材料費として400円をいただきます。

(4) 支払方法

前記、(1)、(2)及び(3)に係る料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご利用翌月の15日までに  
ご請求いたします。

10. 苦情申立窓口

ご利用相談窓口	ご利用時間	平日 8時30分～17時00分 土日 8時30分～12時00分
	ご利用方法	電話 095-840-3010
	受付責任者	管理者 松尾 拓郎
長崎県国民健康 保険団体連合会	ご利用時間	平日 9時00分～17時00分
	ご利用方法	電話 095-829-1599
長崎市高齢者 すこやか支援課	ご利用時間	平日 9時00分～17時00分
	ご利用方法	電話 095-829-1146

## 11. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。  
また、緊急連絡先に連絡いたします。

協力医療機関	医療機関の名称	医療法人 啓正会 清水病院
	院長名	山崎 直哉
	所在地	長崎県西彼杵郡時津町浜田郷 572
	電話番号	095-882-1225
	診療科	内科、外科、循環器科、整形外科、呼吸器科、胃腸科、放射線科他
	入院設備	あり
	救急指定の有無	なし
	契約の概要	協力医療機関の協定を締結しています

## 12. 損害賠償保険への加入

当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

- ・加入保険会社名:損保保険ジャパン日本興亜
- ・保険の内容:基本補償

令和 年 月 日

当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、通所介護サービス（介護予防通所介護相当サービス）契約書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

サービス事業者 デイサービスセンター モン・サン琴海村松  
所在地 長崎市琴海村松町399番地  
説明者 管理者 松尾 拓郎

私は、通所介護サービス（介護予防通所介護相当サービス）契約書及び重要事項説明書に基づいて、サービス事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者ご住所 \_\_\_\_\_

利用者ご氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人ご住所 \_\_\_\_\_

代理人ご氏名 \_\_\_\_\_ (印)