

重要事項説明書

<令和 8年 3月 1日現在>

【1】当社の概要

(1) 本社

法人名	医療法人 滄溟会（そうめいかい）
所在地	〒861-0117 熊本県熊本市北区植木町正清 888
代表者名	理事長 中原 紘嗣（なかはら ひろつぐ）
連絡先(代表)	電話 096-274-7700 FAX 096-274-7300

(2) サービス提供事業所

事業所の名称	デイ・メルロー
事業所の所在地	〒861-0117 熊本県熊本市北区植木町正清 903
電話番号	096-274-7602 (FAX: 096-274-7790)
サービスの種類	通所介護・第一号通所事業
介護保険事業所番号	4372500860号
管理者の氏名	坂本 恵志

【2】事業の目的

通所介護・第一号通所事業は、要介護・要支援状態となった場合においても、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、通所介護・第一号通所事業計画書に基づき必要な日常生活上の支援等を行い、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的としています。

【3】運営方針

- (1) 通所介護・第一号通所事業は、利用者が要介護状態等になった場合においても、可能な限り居宅において、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に配慮します。
- (2) 利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて利用者の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス及び福祉サービスの利用状況等の把握に努めます。又、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます
- (3) 通所介護・第一号通所事業にあたっては、通所介護・第一号通所事業計画書に沿って計画的に提供します。

【4】サービスの内容

- (1) 食事
当事業所では栄養士（管理栄養士）の指導の下、利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- (2) 入浴
入浴または清拭を行います。寝たきりでも介助浴槽（機械浴槽）を利用して入浴することができます。
- (3) 排泄
利用者の排泄の介助を行います。
- (4) 機能訓練
機能訓練指導員等により利用者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。
- (5) 口腔機能訓練
摂食嚥下の低下予防や改善を目的に咀嚼機能や嚥下機能・呼吸機能といった口腔機能のリハビリテーションを実施します。
- (6) 送迎サービス
利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施区域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

【5】当事業所の職員体制

従業者の職種	人員数	職務内容
管理者	1名 (兼務)	業務管理
生活相談員	1名 (常勤) 1名 (兼務)	相談業務・利用調整
介護福祉士	5名	通所介護業務
看護職員	2名 (兼務)	機能訓練・リハビリテーション
看護職員	2名 (兼務)	健康管理業務・機能訓練

【6】営業日および営業時間帯及び利用定員

営業日(時間)	月～土曜日(9:00～16:00)
休業日	12月31日～1月3日 祭日営業
利用定員	1日 40名

【7】サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは居宅支援事業所へ、当事業所の通所介護・第一号通所事業利用についてお申し込みいただきます。利用者様、居宅支援事業所の介護支援専門員(ケアマネージャー)と当クリニックで調整後、契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに、文書でお申し出下さい。利用者の病変・急な入院などでやむを得ない理由がある場合は、1週間以内の文書による通知でサービスを終了させることができます。

②当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、やむを得ない事情によりサービスを終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が、介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合や介護保険の被保険者資格を喪失された場合

④その他

- ・当事業所が正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は即座にサービスを終了することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月分以上滞納し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず1ヶ月以内に支払われない場合、またはお客様やご家族などが当事業所や当サービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・お客様が、他のご利用者や職員に対して、一般的にセクハラとみなされる言動（性的な言葉）・行為があった場合及び精神的・身体的苦痛を与えるような暴力・暴言が行われた場合は、契約解除の通知を行う場合がございます。
- ・地震、噴火等の天災、その他事業者の責に帰すべからぬ事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、事業者はお客様に対してサービスを終了させていただく場合がございます。

【8】利用料金

(1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。

- ・この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。（※又は、介護保険の法定利用料の範囲内で当事業者が設定した金額です）
- ・介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります）
- ・利用者負担金は、請求書をお渡ししますので、その都度現金にてお支払いお願いいたします。

【 料金表・基本料金 】

要介護 ※1

(単位：円)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
4 時間以上 5 時間未満	388	444	502	560	617
5 時間以上 6 時間未満	570	673	777	880	984
6 時間以上 7 時間未満	584	689	796	901	1008
7 時間以上 8 時間未満	658	777	900	1023	1148
8 時間以上 9 時間未満	669	791	915	1041	1168

要支援 ※2

(単位：円)

要支援 1	要支援 2
1, 798/月	3, 621/月

届出加算 (加算のサービス)

(単位：円)

入浴介助加算 (Ⅰ)	要介護	40/日
入浴介助加算 (Ⅱ) ※3	要介護	55/日
個別機能訓練加算 (Ⅰロ)	要介護	85/日
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	要介護	20/月
A D L維持等加算 (Ⅰ)	要介護	30/月
A D L維持等加算 (Ⅱ) ※4	要介護	60/月
科学的介護推進体制加算	要介護	40/月
生活機能向上連携加算	要介護	100/月
口腔機能向上加算Ⅱ	要介護	160/月2回
運動器機能向上訓練加算	要支援	225/月
通所型複数サービス実施加算Ⅰ 2	要支援	480/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	要介護	22/日
	要支援 1	88/月
	要支援 2	176/月
介護予防通所介護サービス事業所評価加算	要支援 1・要支援 2	120/月
栄養改善加算	要介護	150/日 (月2回限度)
	要支援	150/月
介護職員特等処遇改善加算Ⅰ	総単位数 (基本料金+加算・減算) ×24.5%	
利用者の住居と同一建物に所在する 事業所に対する減算 (有料老人ホーム：ヴィラ・メルロ居住者対象)	要介護	94/日
	要支援 1	376/月
	要支援 2	752/月

※1 介護保険負担割合証に応じた金額となります。

※2 市町村によって金額が異なる場合もございます。

※3 希望・対象者のみ

※4 評価値により算定実施。

※ 【個別機能訓練加算】について：機能訓練指導員が1名の場合は機能訓練加算 (Ⅱ) を、

2名勤務する場合は同日に機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）を算定させていただきます。

（3）その他費用について

食材料費

給食サービスで提供される食材料費及び調理費用相当分は1食につき670円を請求いたします。

交通費

当事業所の営業地域以外の利用者の場合、交通費の実費を請求いたします。

おむつ代

リハビリパンツ 130円/枚 尿取りパット 40円/枚

活動材料費

手芸・フラワーアレンジなど、活動に際する材料費を請求いたします。なお、それらの活動につきましては自由参加となります。

送迎費

規定する通常の事業の実施地域以外の地域居住する利用者に対して行う送迎に要する費用として、通常事業の実施地域を超えた地点から片道1キロメートルごとに15円実費徴収します。

（4）利用料のお支払い

お支払い方法は、原則として口座引落としにてお願い致します。口座引落としされた後に領収書の方を送付致します。

なお、介護保険料の滞納等により、事業所に直接介護保険給付が行われない場合には、料金表にさだめる利用料金の全額をお支払い下さい。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いたします。

（5）キャンセル

- ① 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先（又は前期のサービス責任者連絡先）までご連絡ください。

デイ・メルロー 坂本 恵志（管理者）
連絡先 TEL 080-2702-1724 FAX 096-274-7790

- ② 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。

【9】事故発生時・緊急時の対応方法

サービス提供中に、事故が発生した場合や利用者様の様態の変化などがあった場合は、ご家族・居宅支援事業者・主治医・救急隊などへ連絡いたします。

なお、高齢者の方々に起こり得る危険性について、別紙1【デイ・メルローご利用におけるリスク説明書】に記載しておりますのでご確認下さい。

【10】相談・要望・苦情などの窓口

(1) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための体制・手順

- ①苦情処理台帳を作成します。
- ②苦情についての事実関係を確認します。
- ③苦情の内容を台帳に記載します。
- ④苦情解決の方法について、関係者と連携・調整を行います。
- ⑤苦情解決の方法及び内容について、管理者等で協議・決定します。
- ⑥苦情解決の方法及び内容について、利用者にご説明し、確認頂きます。
- ⑦苦情の対応については、原則として1日以内に行います。
- ⑧解決の経過及び結果を台帳に記録し、保管します。

(2) その他

- ①当事業所が行うサービス提供に対する苦情については、当事業所で責任を持って対応いたしますが、他の機関(市町村等)への申し立てもできます。
その場合には、必要な協力を致します。
- ②当事業所に対する利用者等からの苦情につきましては、市町村又は国民健康保険団体連合会が行う調査に協力すると共に、改善等の指示をうけた場合には、速やかに改善を図ります。
- ③当事業所が行うサービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに賠償いたします。
- ④当事業所が行うサービスに関する苦情・ご意見等がございましたら、直接担当者にご相談頂くか、下記の方法にてお受けいたします。

(3) サービス内容に関するご要望等ご相談窓口

お客様相談窓口	窓口責任者	坂本 恵志 (管理者)		
	窓口担当者	坂本 恵志 (管理者)		
	解決責任者	中原 紘嗣 (代表者)		
	ご利用時間	8:30 ~17:30		
	ご利用方法	電話	080-2702-1724	
		面接	事業所内相談室	
		ご意見箱	デイ・メルルー口玄関	
上記方法・時間以外でご希望の場合には、事前にご連絡下さい。				
その他の相談窓口				
① 熊本県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談窓口 〒862-8639 熊本市東区健軍2丁目4番10号 電話 096-365-0811 FAX 096-365-4188 ② 熊本市健康福祉局高齢者支援部介護事業指導課 〒860-8601 熊本市中央区手取本町1-1 電話 096-328-2793 FAX 096-327-0855				

【11】ご利用者様へお願い

サービス提供事業所及びサービス提供者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

(別紙1)

【デイ・メルーロご利用におけるリスク説明書】

当施設ではご利用者が快適な生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、ご利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》

歩行時に転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れがあります。

デイ・メルーロは原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性がります。

高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。

高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。

高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。

加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。

高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。

本人の全身状態が急に悪化した場合、当センターの判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

このことは、ご自宅でも起こりうることで、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

通所介護・第一号通所事業の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 所在地 熊本県熊本市北区植木町正清 903 _____

名 称 デイ・メルーロ _____ 印 _____

説明者 所 属 医療法人 滄溟会 _____

氏 名 _____ 印 _____

私は、本書面により事業所から通所介護・第一号通所事業についての重要事項の説明を受けました。

利用者 (本人様)
住 所 _____

氏 名 _____

身元引受人 (代筆のご家族)
住 所 _____

氏 名 _____

上記代理人 (代理人を選任した場合)

氏 名 _____