第１号通所事業(介護予防通所介護相当サービス)

重要事項説明書

（令和 05 年 04 月 01 日改定分）
（令和 06 年 04 月 01 日改定分）
（令和 06 年 06 月 01 日改定分）
（令和 07 年 01 月 01 日改定分）
（令和 07 年 02 月 01 日改定分）
（令和 07 年 06 月 01 日改定分）
（令和 08 年 04 月 01 日改定分）
（令和 08 年 06 月 01 日改定分）

社会福祉法人　敬尚会

江南よしみデイサービスセンター

江南よしみデイサービスセンター

第１号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）
（令和 08 年 06 月 01 日現在）

１．施設経営法人

（１）法　人　名　　社会福祉法人　敬尚会
（２）法人所在地　　宮崎県宮崎市古城町６７６番地
（３）電 話 番 号　　０９８５－６４－０６８８
（４）代表者氏名　　理事長　早稲田　芳男
（５）設立年月日　　平成１４年３月１９日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類　　指定通所介護事業（平成１５年７月２３日指定）
介護保険事業所番号　第４５７０１０２０６３
※尚、当事業所は特別養護老人ホーム「江南よしみ園」に併設されています。

（２）事業所の目的　　当事業所は介護保険法に基づくと共に高齢者が自立した生活を送られるよう、また老化に伴い介護が必要な方に対して社会的孤立感の解消、心身機能の維持並び家族の精神的負担の軽減を図る事を目的とします。

（３）施設の名称　　江南よしみデイサービスセンター
（４）所在地　　宮崎県宮崎市古城町６７６番地
（５）電話番号　　０９８５－６４－１６１８
（６）事業所管理者　　内藤　和弘
（７）開設年月日　　平成１５年７月２３日
（８）事業所の運営方針

江南よしみデイサービスセンターは、被保険者が要支援状態になった場合に、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事ができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行ないます。

江南よしみデイサービスセンターは、被保険者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持ばかりではなく、被保険者の家族の身体的及び精神的負担を軽減されるよう配慮して行ないます。

（９）利用定員　　１９名未満　（１８名）　（地域密着型通所事業定員内人員数）

３．事業実地及び営業時間

【実地地域】

宮崎市

【営業日及び営業時間】

営業日	毎週月曜日～金曜日　08：30～17：30 （１月１日から３日までは特別休業）　土・日は休業
サービス提供時間	０９：３０～１５：３０（６時間のサービス提供）

４．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。

管理者	介護職員	生活相談員	看護職員	機能訓練指導員	管理栄養士
１名 (兼任)	４名 (2 名兼任)	２名 (2 名兼任)	１名 （介護職兼務）	１名 看護士兼務	１名 (特老兼任)

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対する以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

（１）利用料金が第１号支給費から給付される場合

（２）利用料金の全額ご契約者に負担頂く場合

（１）介護予防・日常生活支援総合事業給付費の給付対象になるサービス

＜サービスの概要と利用料金＞

・入浴　　入浴又は清拭を行ないます。(加算は設定されていませんが対応いたします。)

・排泄　　ご利用者の排泄介助を行ないます。

・機能訓練　　機能訓練指導員の指導の下、介護職により心身等の状況に応じて、日常生活を送られるの必要な機能の回復またはその減退を防止する為の訓練を実施します。

＜１日あたりのサービス利用料金＞

別紙の料金表によって、ご契約者が要支援度に応じたサービス料金から介護保険給付費を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。なお、サービスの利用料はご契約の介護度に応じて異なります。

介護度	要支援１	要支援２
基本料金	１，７９８単位／月	３，６２１単位／月
サービス提供体制強化加算	Ⅰ（1）：８８単位／月 Ⅱ（1）：７２単位／月 Ⅲ（１）：２４単位／月	Ⅰ（２）：１７６単位／月 Ⅱ（２）：１４４単位／月 Ⅲ（２）：４８単位／月
サービスに利用係る自己負担額	上記の利用額は、１割負担の場合。 （一定以上の所得のある方は２割または３割負担になる場合があります。介護保険負担割合証をご確認ください。）	

＜その他のサービスと利用料金（該当する場合）＞

・介護職員等処遇改善加算等

Ⅰイ：11.7%　Ⅰロ：12.7%　Ⅱイ：11.5%　Ⅱロ：12.5%　Ⅲ：10.5%　Ⅳ8.9%

※所定の単位数に国の定めるサービス別加算率を乗じた単位数で算定され、利用者負担となります（１円未満切り捨て)。

・生活機能向上グループ活動加算：１００円／月　（未施行）

・運動機能向上加算：２２５／月　（未施行）

・選択的サービス複数実施加算：（Ⅰ）４８０円／月　（Ⅱ）７００円／月（未施行）

・若年性認知症利用者受入加算：２４０円／月　（未施行）

・事業所評価加算：１２０円／月　（未施行

※介護予防・日常生活支援総合事業費から給付額に変更があった場合、または要介護度の変更があった場合は、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。

（２）介護予防・日常生活支援総合事業費の給付額対象にならないサービス

以下のサービスは、利用料金がご契約者の負担となります。

（サービスの概要と利用料金）

・食事の提供

管理栄養士の献立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。提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

（令和 06 年 12 月より料金改定）

利用料金：１回あたり 600 円（おやつ代込み）【食事時間　昼食　１２：００】

（注）・令和 08 年 08 月 01 日より、食費改定。600 円⇒710 円に変更。

・特別な食事

管理栄養士による献立以外で、特別な希望があり、当施設で対応可能な場合

利用料金：要した費用の実費

・通常の事業区域外への車での送迎

片道４０分（片道１５ｋｍ）の範囲内で車の送迎を事業実施地域としていますが、それ以外の地域にお住いの方で、当事業所のサービスを利用される場合は送迎費用として下記の料金を頂きます。

利用料金：１ｋｍあたり３０円

・レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂けます。

利用料金：レクリエーションに係る実費。外食等行った場合は、食事代実費。

・複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、コピーを必要とする場合は実費を負担して頂きます。

利用料金：１枚につき１０円

・介護予防・日常生活支援総合事業費外での使用

ご契約者の状況等により施設の利用をご希望される場合においても、随時利用可能となります。その際には下記の料金をいただきます。※定員１８名の範囲のみ

１回につき：2,500 円（食事代 600 円は込み）　　合計　3,100 円

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）（２）の料金、費用は、銀行引き落としにてお支払いをお願い致します。

※レクリエーション費に関しては当日ご用意して頂く事になります。

（４）利用の中止、変更

・利用予定日前に、ご契約者の都合によりサービスの利用を中止または変更できます。
この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所へ申し出てください。
（但し、ご契約者の急な体調不良等の場合はこの限りではありません。）
・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期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議致します。
・明確な理由説明もなく、利用料金の支払いがない場合。また、3ヶ月以上御利用がない場合等、事業所側から利用中止の勧告をする場合があります。

７．併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施致します。

【介護老人福祉施設】	平成１５年７月２９日　指定　　６６人定員
（特別養護老人ホーム）	指定番号　宮崎県第４５７０１０２０７１号
【短期入所生活介護事業所】	平成１５年７月２９日　指定　　６人定員
（ショートステイ）	指定番号　宮崎県第４５７０１０２０７１号
【生活支援ハウス】	宮崎市より委託　　２０人定員
【就労継続支援（A型）事業所】	平成２４年６月１日
	指定番号　宮崎県第４５１０１０１８９４号

８．苦情受付について

当施設では、その提供したサービスに関するご契約者からの相談、苦情に対して苦情等を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

＜受付窓口＞　　江南よしみデイサービスセンター

生活相談員	橋本　達典	０９８５－６４－１６１８
法人事務担当者		０９８５－６４－０６８８
第三者委員	戸髙　晴美	０９８５－５１－５７９８
〃	奥野　安弘	０９８５－５１－２７９７
〃	杉田　武俊	０９８５－５３－５４６０

当施設との話し合いで解決できない場合、または直接相談しにくい場合は以下の窓口にご相談ください。

宮崎市役所　介護保険課	０９８５－２１－１７７７
宮崎県国民健康保険団体連合会介護サービス相談係	０９８５－５１－２９３６

介護予防通所介護相当サービス提供開始同意書

令和　　年　　月　　日　介護予防通所介護相当サービス提供開始に際し、重要事項説明書に基づき重要事項の説明を行ないました。

第一号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）
江南よしみデイサービスセンター

介護職　兼　生活相談員

説明者職氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、重要事項説明書に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防通所介護相当サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契約者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

身元引受人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿＿＿印

介護予防通所介護相当サービス提供開始同意書

令和　　年　　月　　日　介護予防通所介護相当サービス提供開始に際し、重要事項説明書に基づき重要事項の説明を行ないました。

第一号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）
江南よしみデイサービスセンター

介護職　兼　生活相談員

説明者職氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、重要事項説明書に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防通所介護相当サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契約者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

身元引受人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿＿＿印