

通所介護・第一号通所事業 重要事項説明書

（平成 年 月 日 現在）

1.利用者（被保険者） 様

要支援・要介護状態区分	
要介護認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
認定審査会意見	

2.事業者

(1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所の名称	老人デイサービスセンター 長光園
所在地	福岡県直方市大字頓野 259-53
管理者氏名	井手上 稔弘
電話番号	0949-26-8601
FAX番号	0949-26-3626
サービス (介護保険指定番号)	・通所介護（一般型） ・第一号通所事業 (福岡県 4071701116 号)
営業時間	8:30～17:30
サービスを提供する地域	直方市と宮若市、北九州市八幡西区、福智町、鞍手町の区域

※ 上記地域以外でもご希望の方は、ご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

	職 務 内 容	人 数
管理者	業務一元的な管理	1名
生活相談員	生活指導及び相談	1名以上
看護職員	心身の健康管理 保健衛生管理	1名以上
介護職員	介護業務	5名以上
機能訓練指導員	機能回復訓練の指導	1名以上

(3) 事業所の設備の概要

食堂	73.18 m ²	静養室	1室
機能訓練室	50.28 m ²	トイレ	3ヶ所
浴室	一般浴槽・特殊浴槽	送迎車	3台以上

(4) サービス提供の時間帯

	営 業 時 間 帯
平 日	9 : 30 ～ 15 : 40
土 曜 日	9 : 30 ～ 15 : 40
祝 日	9 : 30 ～ 15 : 40
日 曜 日	休 日
年末年始休日	12/30～31日、1/1～3日

(5) サービス定員

サービスの種類	定員数
通所介護（一般型） 第一号通所事業	35名

3.事業の目的と運営方針等

(1) 事業目的

- ・質の高い生活の援助
- ・心身機能の維持，向上
- ・家族等介護者の身体的、精神的負担の軽減

(2) 運営方針

- ・本人が在宅生活を続けながら、質の高い日常生活を維持できるよう援助すること、生活の状況、身体面・精神面等を正確に把握しニーズを明らかにすることである。

(3) サービスの特徴

- ・利用者が「今日一日楽しかった」と満足し、次の来園に期待をもつよう、きめの細かい身体的・精神的援助を行い、利用者の人間性を尊重し、明るく楽しい生活の場づくりに努める。また、地域に開かれ、根ざした施設であるよう協力連携をする。

4.サービスの内容

- ① 生活指導
- ② アクティビティ
- ③ 介護サービス
- ④ 介護方法の指導
- ⑤ 健康状態の確認
- ⑥ 送迎
- ⑦ 入浴サービス
- ⑧ 給食サービス

5.利用者の負担金

(1) 利用者負担金

総合事業対象者に合わせた計画又は要介護認定による要介護度及び利用者負担の割合

により異なります。

【(a) 介護サービス費】

①第一号通所事業 自己負担額（月単位）

介護度等	例：1割
要支援1・総合事業対象者	1,647円/月
要支援2・総合事業対象者	3,377円/月

②通常規模型通所介護

自己負担額（1日）

介護度		2時間以上 3時間未満	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
要介護1	例：1割	266円	362円	380円	558円	572円
要介護2	例：1割	305円	415円	436円	660円	676円
要介護3	例：1割	345円	470円	493円	761円	780円
要介護4	例：1割	383円	522円	548円	863円	884円
要介護5	例：1割	423円	576円	605円	964円	988円

※上記設定の基本となる時間帯は、実際のサービスの時間ではなく、お客様の介護サービス・支援計画（ケアプラン）に定められた目安を基準とします。

【(b) 加算分】

加算内容	総合事業対象者 要支援1	総合事業対象者 要支援2	要介護者
	例：1割	例：1割	例：1割
運動器機能向上加算	225円/月	225円/月	0円
入浴介助加算	0円	0円	50円/日
個別機能訓練加算（Ⅰ）	0円	0円	46円/日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	24円/月	48円/月	6円/日
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	(a)介護サービス費と(b)加算分を足した合計額の1000分の59に相当する額がとして加算		

(2) その他介護保険外の費用

利用者は、(1)のほかにサービスの利用によって下記の利用料金をお支払いいただきます。

種類	利用者負担金	備考
朝食の食材費	1回 380円	
昼食の食材費	1回 450円	
夕食の食材費	1回 500円	
医療費・嗜好品等	実費	
サービス提供時間外利用料	30分 250円～	サービス提供を超えた延長時間、日数等

※サービス提供時間外利用の料金に関しましては、個人との契約により実施致しております。

① サービスが介護保険の提供を受ける場合は、原則として利用者負担の割合に応じたサービス費をお支払いいただきます。

- ② サービスが介護保険の適用を受けていない部分については、サービスの全額（10割）をお支払いいただきます。
- ③ 災害等の特別な事情が無く保険料を滞納した場合は、滞納した期間に応じて「給付制限」を受けることとなります。

(3) 利用者負担金のお支払い方法

原則として、自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。）でお願いします。

〈その他のお支払い方法〉

事業者は、月の利用負担金の請求書を明確に付して翌月の15日までに利用者に請求し、利用者は、請求書到着月の25日までに次の方法によりお支払いをお願いします。

老人デイサービスセンター長光園の通帳に振込み（振込手数料は振込者負担）

銀行名：福岡銀行 直方支店

口座番号：普通 No.1715249

口座名：(ロジソングサービスセンター) 池田 伊代

老人デイサービスセンター長光園 施設長 井手上稔弘

(4) 領収書の発行

事業者は、利用者から利用負担金の支払いを受けたときは、領収証を発行します。

6. サービスの利用にあたっての留意事項

以下の5項目を禁止致します。

- (1) 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の事由を侵すこと。
- (2) けんか、口論、泥酔などで他の利用者等に迷惑を及ぼすこと。
- (3) 事業所の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- (4) 指定した場所以外で火気を用いること。
- (5) 故意に事業所もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。

7. 非常時災害対策

事業所は、非常災害その他の緊迫の事態に備え、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき処置についてあらかじめ消防計画等の対策をたて、年2回利用者及び事業者の訓練を行います。

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援事業所などへ連絡をします。

9. 事故発生時の対応

万が一、ご利用者が施設利用中に事故が発生した場合は、直方市、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。そのために緊急時の連絡先を担当者にお伝え下さい。

主治医	病院名		氏名	
	電 話			
	住 所			

ご家族	氏 名		続柄	
	電 話			
	住 所			

ご家族	氏 名		続柄	
	電 話			
	住 所			

介護支援事業者	事業所名		氏名	
	電 話			
	住 所			

10 相談窓口, 苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当施設ご利用相談室	苦情担当責任者：井手上稔弘 窓口担当者：生活相談員 吉田、野上、介護支援専門員 原裕人 ご利用時間：午前9時～午後5時 ご利用方法：電話 0949 (26) 3625、来 園 苦情箱（施設内1階エレベータ前に設置）
苦情処理第三者委員会	草原祐雄 氏 TEL0949-26-0318 岩熊邦男 氏 TEL0949-24-1145

★公的機関においても、次の機関において苦情申出ができます。

直方市役所 保険課 介護保険サービス係	電話番号：0949 (25) 2390
北九州市八幡西区役所 保健福祉課	電話番号：093 (642) 1441 内線 407
宮若市役所 健康増進課 老人福祉係	電話番号：0949 (32) 0515
福智町役場 福祉課 介護保険係	電話番号：0947 (22) 7763
鞍手町役場 福祉人権課 福祉高齢者班高齢者福祉担当	電話番号：0949 (42) 2111
福岡県 国民健康保険団体連合会 (国保連)	所在地：福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 電話番号：092 (642) 7859 FAX 番号：092 (642) 7857

福岡県運営適正化委員会 (福岡県社協)	所在地：春日市原町 3-1-7 クローバープラザ 4階（東棟） 電話番号：092（915）3511 FAX 番号：092（915）3512
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

★成年後見制度・日常生活自立支援においても、次の機関において相談ができます。

障がい者基幹相談支援センター かのん	所在地：直方市津田町 7-20 電話番号：0949（24）1551
社団法人 福岡県社会福祉士会「ばあとなあ福岡」	所在地：福岡市博多区博多駅前3丁目9番12号601号室 電話番号：092（483）2944

11 事故発生時の対応

万が一、ご利用者が施設利用中に事故が発生した場合は、県市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。そのために緊急時の連絡先を担当者にお伝え下さい。

12 損害賠償責任保険

保 険 会 社	保 険 内 容
あいおいニッセイ同和損害保険(株)	賠償責任保険
三井住友海上火災保険	傷 害 保 険

平成 年 月 日

通所介護の開始にあたり、利用者に対して契約書及び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 福岡県直方市大字頓野 259-53
事業所名 社会福祉法人 誠 光 会
老人デイサービスセンター 長 光 園

代表者名 施設長 印
(指定番号 4071701116 号)

〈説明者〉所属 老人デイサービスセンター 長 光 園

氏名 生活相談員 印

私は、契約書及び本書面により事業者から上記の重要事項について説明を受け同意しました。
また、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

〈利用者〉住 所 _____

氏 名 _____ 印

〈ご家族〉

住 所 _____

氏 名 _____ 印

個人情報の使用に係る同意書

社会福祉法人 誠光会が、利用者及び家族の個人情報を以下の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) 施設内での掲示物（個人作品等を含む）や施設情報誌（園だより等）における利用者の氏名、年齢、性別、生年月日、顔写真等の掲載
- (8) その他サービス提供で必要な場合
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

平成 年 月 日

(利用者) 氏名 _____ 印

(ご家族) 氏名 _____ 印

続柄（利用者との関係） _____