

通所介護（予防給付型通所サービス）

重要事項説明書

（ 令和 8 年 10 月 1 日 現在 ）

1.お客様（被保険者）様

要支援・要介護状態区分	
要介護認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 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	デイサービスセンター 誠光園
所在地	北九州市八幡東区藤見町3番1号
管理者氏名	中村 勝信
電話番号	093-662-3017
FAX番号	093-663-2032
サービス (介護保険指定番号)	通所介護（予防給付型通所サービス） (4070600152号)
営業時間	8:30～17:30
サービスを提供する地域	八幡東区

※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 種	職務内容	勤務 形態	通所介護(予防給付型通所サービス)		
			専任	兼任	合計
管 理 者	業務一元的な管理	常 勤		1 名	1 名
		非常勤			
生活相談員	生活指導及び相談	常 勤		2 名以上	2 名以上
		非常勤			
看 護 職 員	心身の健康管理 保健衛生管理	常 勤		1 名	1 名
		非常勤		1 名以上	1 名以上
介 護 職 員	介護業務	常 勤	1 名以上		1 名以上
		非常勤	3 名以上	1 名以上	4 名以上
機能訓練 指導員	機能回復訓練 の指導	常 勤	1 名	1 名	2 名
		非常勤	1 名		1 名
事 務 員	事務業務	常 勤		1 名	1 名
		非常勤			
そ の 他	運転業務	常 勤			
		非常勤		1 名以上	1 名以上

(3) サービス提供の時間帯

	営 業 時 間 帯
平 日	9 : 20 ～ 16 : 30
土 曜 日	9 : 20 ～ 16 : 30
祝 日	9 : 20 ～ 16 : 30
日 曜 日	休 日
年末年始休日	1 / 1～3 日

(4) サービス定員

サービスの種類	定員数
通所介護(予防給付型通所サービス)	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

- ・お客様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

- ・お客様が「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、お客様の人間性を尊重し、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 機能訓練
- 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

(その他)

介護報酬に関連する記録	保険給付の支払日から 5 年間保管します。
その他の記録	完結日から 2 年間保存します。
サービス提供記録の閲覧	土、日曜日・祝日を除く毎日午前 9 時～午後 5 時

5. お客様の負担金

(1) お客様負担金

【介護サービス費】

通常規模型通所介護

介護保険制度では要介護認定による要介護度によって異なります。

介 護 度	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
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	901 単位	1023 単位
要介護 5	588 単位	617 単位	984 単位	1008 単位	1148 単位

※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、お客様の居宅サービス計画に定められた目安を基準とします。

【加算分】

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位 / 回
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位 / 回
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位 / 回
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56 単位 / 日
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76 単位 / 日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位 / 月
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位 / 日
入浴介助加算（Ⅱ）	55 単位 / 日
科学的介護推進体制加算	40 単位 / 月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 単位 / 回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 単位 / 回
栄養アセスメント加算	50 単位 / 月
栄養改善加算	200 単位/回（月 2 回程度）
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 単位/ 回（月 2 回限度）
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位/ 回（月 2 回限度）
ADL 維持等加算（Ⅰ）	30 単位/ 月
ADL 維持等加算（Ⅱ）	60 単位/ 月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	所定単位数の 1000 分の 111 に相当する額を算定
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定単位数の 1000 分の 120 に相当する額を算定
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	所定単位数の 1000 分の 109 に相当する額を算定
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	所定単位数の 1000 分の 118 に相当する額を算定
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 1000 分の 99 に相当する額を算定
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の 1000 分の 83 に相当する額を算定
送迎を行わない場合の減算	片道 47 単位
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算
業務継続計画未実施減算	所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算

以上の料金(介護サービス費及び加算分)には地域加算(1.4%)を含みません。

【介護予防サービス費】

予防給付型通所サービス

介護保険制度では要介護認定による要介護度によって異なります。

以下の料金には地域加算（1.4%）を含みません。

介 護 度	金 額
要支援 1	1,798 単位/月
要支援 2	3,621 単位/月

※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、お客様の介護予防サービス・支援計画（ケアプラン）に定められた目安を基準とします。

【加算分】

予防給付型通所サービス

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	88 単位 / 月 (要支援 1) 176 単位 / 月 (要支援 2)
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	72 単位 / 月 (要支援 1) 144 単位 / 月 (要支援 2)
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	24 単位 / 月 (要支援 1) 48 単位 / 月 (要支援 2)
科学的介護推進体制加算	40 単位 / 月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 単位 / 回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 単位 / 回
栄養アセスメント加算	50 単位 / 月
栄養改善加算	200 単位/回
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	所定単位数の 1000 分の 111 に相当する額を算定
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定単位数の 1000 分の 120 に相当する額を算定
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	所定単位数の 1000 分の 109 に相当する額を算定
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	所定単位数の 1000 分の 118 に相当する額を算定
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 1000 分の 99 に相当する額を算定
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の 1000 分の 83 に相当する額を算定
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算
業務継続計画未実施減算	所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算
送迎を行わない場合の減算	片道 47 単位

以上の料金(介護サービス費及び加算分)には地域加算（1.4%）を含みません。

※【(b) 加算分】①通常規模通所介護、②予防給付型通所サービス共に加算を算定する場合、必要な人員配置はその都度満たします。加算算定要件の詳細は、契約時に別途説明します。

(2) その他の費用

お客様は、(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。
※日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、お客様が負担することが適当と認められるものは実費とします。

種 類	お 客 様 負 担 金	備 考
朝 食 の 食 材 費	1 回 395 円	
「昼 食 の 食 材 費」	1 回 530 円	昼食のキャンセルはご利用当日午前 10:00 を過ぎると受け付けられません。
夕 食 の 食 材 費	1 回 520 円	
八幡東区域以外の送迎費	250 円／片 道	
日常生活に要する費用でお客様の負担となるもの	要 し た 費 用 (実費)	

注) 上記の「昼食の食材費」に関しましては、ご利用当日の午前 10:00 までに、昼食のキャンセルをしていただけなかった場合は、お客様負担金の 530 円を徴収することになりますので予めご了承ください。

尚、ご利用当日午前 10:00 までにお休みの連絡をいただきました場合は、昼食も自動的にキャンセルになります。

<その他の費用>

おむつ代	パンツタイプ	100 円／枚
	紙パンツ	90 円／枚
	尿とりパット	20 円／枚

- ① 施設は、お客様が支払うべき介護保険給付サービスに要した費用について、お客様が介護サービス費として市町村から支給を受ける額の限度において、お客様に代わって市町村から支払いを受けます。(以下「法定代理受領サービス」といいます)
- ② サービスが介護保険でサービスの提供を受ける場合は、サービス費をお支払いいただきますが、お客様及び配偶者の所得、課税、資産状況、並びに介護保険料の滞納状況に応じて異なります。
- ③ 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。
- ④ 介護保険料の滞納により本来のご利用料金(1割から3割のお客様負担)で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

(3) お客様負担金のお支払い方法

翌月の 10 日以降に請求書をお渡ししますので、原則として、自動口座引き落としでお願いします。

■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。）

〈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 20 日までにお客様に請求し、お客様は、翌月の 20 日までに次のいずれかの方法によりお支払いをお願いします。

☐現金払い（毎月 1 回一括お支払い）

☐振り込み（毎月 1 回一括お支払い）

(4) 領収書の発行

事業者は、お客様から利用負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

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、泥酔などで他のお客様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て、年 2 回以上お客様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. 虐待の防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じるものとします。

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従事者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

虐待防止に関する担当者	生活相談員 平野 真治
-------------	-------------

10.衛生管理等

- (1)事業者は、感染症の発生及びまん延防止のためのマニュアルを整備し、従事者に対し研修を行います。
- (2)従事者は、感染症の発生及びまん延の防止のために必要な措置を講じます。
- (3)感染症の発生及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を6月に1回以上開催するとともに、指針を整備し、定期的に研修を行い、介護職員その他従事者に周知徹底を図ることとします。

11.事業継続計画の算定等

感染症や災害が発生した場合でも、お客様が継続してサービスの提供を受けられるよう、事業継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

12.事故発生時の対応

万が一、お客様が施設利用中に事故が発生した場合は、北九州市、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記録をします。また損害賠償をすべき事項については、速やかに損害賠償を行います。

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			

介護支援事業者	事業書名		氏名	
	電 話			
	住 所			

13.カスタマーハラスメントに関する事項

施設は次の事由に当てはまる場合、お客様またはご家族等に対して、書面または電子メールその他の電磁的方法で30日前までに通知することにより、この契約を解除することができます。ただしやむを得ない事由が認められるときは、直ちに解除することができます。お客様またはご家族等が、施設や施設職員又は他のお客様やご家族等に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為（身体暴力(たたくなど)及び精神的暴力(大声を発する、怒鳴るなど)並びにセクシャルハラスメント(必要もなく手や腕をさわるなどの行為を含む)）を行い、その状態が改善されない場合。

- ① 利用者、身元保証人またはその家族等が、事業所やサービス従業者或いは他の利用者その他関係者に対して故意にハラスメントや暴言・暴力等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を行ったとき
- ②利用者、身元保証人またはその家族等が、事業所や職員、もしくは他の利用者その他関係者の生命、身体、財産、若しくは信用を傷つける恐れがあり、且つ事業所が通常の方法ではこれを防止できないと判断したとき
- ③身元保証人またはその家族等が、利用者のサービス利用に関する事業者の助言や相談の申入れ等を理由なく拒否し、或いは全く反応しない等、事業者の運営を著しく阻害する行為が認められるとき

14 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	窓口担当者：平野 真治 ご利用時間：午前 9 時～午後 5 時 ご利用方法：電話 093（663） 2030 来 園 苦情箱（施設受付窓口を設置）
-----------	---

15.提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況	有	☐ 無
実施した直近の年月日		
実施した評価機関の名称		
評価結果の開示状況	無	

★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。

<p>高齢者・障害者相談コーナー</p> <p>各区とも、対応時間は 平日午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時（介護保険担当）</p>	<p>【八幡東区】 所在地：〒805-8510 北九州市八幡東区中央 1-1-1 電話番号：093（671）4800 FAX 番号：093（662）2781</p> <p>【戸畑区】 所在地：〒804-8510 北九州市戸畑区千防 1-1-1 電話番号：093（881）4800 FAX 番号：093（881）5353</p> <p>【八幡西区】 所在地：〒806-8510 北九州市八幡西区黒崎 3-15-3 電話番号：093（642）1445</p> <p>【小倉北区】 所在地：〒803-8510 北九州市小倉北区大手町 1-1 電話番号：093（582）3433</p> <p>【小倉南区】 所在地：〒802-8510 北九州市小倉南区若園 5-1-2 電話番号：093（951）4126</p> <p>【若松区】 所在地：〒808-8510 北九州市若松区浜町 1-1-1 電話番号：093（751）4800</p> <p>【門司区】 所在地：〒801-8510 北九州市門司区清滝 1-1-1 電話番号：093（321）4800</p>
福岡県 国民健康保険団体連合会 （国保連）	<p>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 対応時間：午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時（土・日・祝日除く）</p>
福岡県運営適正化委員会 （福岡県社協）	<p>所在地：春日市原町 3-1-7 クローバープラザ 6 階（西棟） 電話番号：092（915）3511 FAX 番号：092（915）3512 対応時間：午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 （休日：第 1・2・3 月曜 ※祝日の時は翌日が休日）</p>

★成年後見制度・権利擁護においても、次の機関において相談ができます。

成年後見制度 福岡家庭裁判所小倉支部 家事受付センター	<p>所在地：北九州市小倉北区金田一丁目 4 番 1 号 電話番号：093（561）3431 対応時間：平日午前 9 時 ～ 11 時 午後 1 時 ～ 4 時 30 分</p>
権利擁護センター 「らいと」	<p>所在地：北九州市戸畑区汐井町 1 番 6 号 ウェル「とばた」内 3 階 電話番号：093（882）4914 FAX 番号：093（882）2266 対応時間：平日午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時</p>

11 損害賠償責任保険

保 險 会 社	あいおいニッセイ同和損害保険㈱
保 險 内 容	人身事故、財物事故等

令和 年 月 日

通所介護の開始にあたり、お客様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 北九州市八幡東区藤見町3番1号
事業所名 社会福祉法人 誠光会
デイサービスセンター 誠光園

管理者 中村 勝信 印
(指定番号4070600152号)

〈説明者〉所属 デイサービスセンター 誠光園

氏名 平野 真治 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護について重要な説明を受けました。

〈お客様〉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、お客様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) お客様に関わる介護計画（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) お客様が、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がある場合
- (5) お客様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）におけるお客様の氏名、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、お客様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。

令和 年 月 日

〈お 客 様〉 氏 名 _____ 印 _____

〈ご 家 族〉 氏 名 _____ 印 _____

続柄（お客様との関係） _____