

# 通所介護・第一号通所事業 重要事項説明書

（ 令和 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	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	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 <sup>2</sup>	静養室	1 室
機能訓練室	50.28 m <sup>2</sup>	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

	サービス提供時間帯
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	<ul style="list-style-type: none"><li>・質の高い生活の援助</li><li>・心身機能の維持，向上</li><li>・家族等介護者の身体的、精神的負担の軽減</li></ul>
(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	1割	2割	3割
要支援1・総合事業対象者	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月
要支援2・総合事業対象者	3,621円/月	7,242円/月	10,863円/月

②通常規模型通所介護 自己負担額 (1日単位)

介護度	負担割合	3時間以上	4時間以上	5時間以上	6時間以上	7時間以上
		4時間未満	5時間未満	6時間未満	7時間未満	8時間未満
要介護1	1割	370円	388円	570円	584円	658円
	2割	740円	776円	1,140円	1,168円	1,316円
	3割	1,110円	1,164円	1,710円	1,752円	1,974円
要介護2	1割	423円	444円	673円	689円	777円
	2割	846円	888円	1,346円	1,378円	1,554円
	3割	1,269円	1,332円	2,019円	2,067円	2,331円
要介護3	1割	479円	502円	777円	796円	900円
	2割	958円	1,004円	1,554円	1,592円	1,800円
	3割	1,437円	1,506円	2,331円	2,388円	2,700円
要介護4	1割	533円	560円	880円	901円	1,023円
	2割	1,066円	1,120円	1,760円	1,802円	2,046円
	3割	1,599円	1,680円	2,640円	2,703円	3,069円
要介護5	1割	588円	617円	984円	1,008円	1,148円
	2割	1,176円	1,234円	1,968円	2,016円	2,296円
	3割	1,764円	1,851円	2,952円	3,024円	3,444円

※利用者側のやむを得ない事情により2時間以上3時間未満になった場合、4時間以上5時間未満の所定額の100分の70に相当する額を算定します。

※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】

①第一号通所事業 自己負担額 (月単位)

加算内容	要支援1			要支援2		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
運動器機能向上加算	225円/月	450円/月	675円/月	225円/月	450円/月	675円/月
科学的介護推進体制加算	40円/月	80円/月	120円/月	40円/月	80円/月	120円/月
サービス提供体制強化加算(I)	88円/月	176円/月	264円/月	176円/月	352円/月	528円/月
介護職員等処遇改善加算(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92に相当する額を算定					
送迎をしない場合の減算	片道47単位					

②通常規模型通所介護 自己負担額 (1日単位)

加算内容	要介護1~5		
	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算(I)	40円/日	80円/日	120円/日
個別機能訓練加算(I)ロ	76円/日	152円/日	228円/日
科学的介護推進体制加算	40円/月	80円/月	120円/月
サービス提供体制強化加算(I)	22円/日	44円/日	66円/日
介護職員等処遇改善加算(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92に相当する額を算定		
送迎をしない場合の減算	片道47単位		

## (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
食 材 費	昼食 450 円/回	朝食 380 円/回 夕食 500 円/回
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：(ロウジンテ イサービスセンター) ヨウコウエン セツヨウ イゲガミシロ

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。

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			

## 9.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・有田、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、FAX 0949(26)3626、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 健康長寿課 介護保険サービス係	所在地：直方市殿町 7-1 電話番号：0949(25)2390 FAX：0949(24)7320
北九州市八幡西区役所 保健福祉課	所在地：八幡西区黒崎三丁目 15 番 3 号 コムシティ 5 階 電話番号：093(642)1441 FAX：093(621)0862
宮若市役所 健康福祉課 高齢者福祉係	所在地：宮若市宮田 29-1 電話番号：0949(32)0515 FAX：0949(32)9430
福智町役場 高齢障害福祉課 高齢者福祉係	電話番号：0947(22)7762 FAX：0947(22)5173
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 FAX：0949(42)5693

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）7856
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（584）3790

★成年後見制度については、次の機関において相談ができます。

直方市役所 健康長寿課 高齢者支援係	所在地：直方市殿町 7-1 電話番号：0949(25)2391 FAX：0949(24)7320
-----------------------	---

★日常生活自立支援については、次の機関において相談ができます。

直方市社会福祉協議会 （直方市社協）	所在地：直方市津田町 7-35 電話番号：0949(23)2551 FAX：0949(23)2552
-----------------------	---

## 10.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、区市町村、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。

### 11.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

### 12.提供するサービスの第三者評価

実施の有無（無）

### 13.虐待の防止のための措置に関する事項

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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業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  
に実施し、措置を適切に実施するための担当者を置きます。

### 14.ハラスメントについて

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

## 1 5.事業継続計画の策定等

事業継続計画の策定等にあたり、感染症や災害が発生した場合でも、利用者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。

令和 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 井 手 上 稔 弘 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。

令和 年 月 日

〈利用者〉 氏名 \_\_\_\_\_ 印

〈ご家族〉 氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄（利用者との関係） \_\_\_\_\_