

「指定通所介護」「通所型サービス」 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第4076800046)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護及び介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただくことを次の通り説明します。

◆◆目次◆◆

| | |
|------------------------|---|
| 1. 事業所 | 2 |
| 2. 事業所の概要 | 2 |
| 3. サービスの内容及び費用 | 4 |
| 4. 事業所の特色 | 7 |
| 5. サービス内容に関する苦情等相談窓口 | 8 |
| 6. 緊急時等における対応方法 | 8 |
| 7. 非常災害時の対策 | 8 |
| 8. サービスに当たっての留意事項 | 9 |
| 9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況 | 9 |
| 10. 個人情報の利用目的 | 9 |

通所介護 通所型サービス重要事項説明書

＜令和6年6月1日現在＞

1 通所介護事業者（法人）の概要

| | |
|---------|--|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人 朝老園 |
| 代表者名 | 理事長 今村 順 |
| 所在地・連絡先 | (住 所) 福岡県朝倉郡筑前町朝日586番地 (電 話) 092-926-1171 (FAX) 092-926-3471 |

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

| | |
|---------|--|
| 事業所名 | 朝老園デイサービスセンター |
| 所在地・連絡先 | (住 所) 福岡県朝倉郡筑前町朝日586番地 (電 話) 092-926-8607 (FAX) 092-926-3471 |
| 事業所番号 | 福岡県 第4076800046 |
| 管理者の氏名 | 高 崎 剛 将 |
| 利用定員 | 30人 |

(2) 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 人数 (人) | 区分 | | 常勤換算後 の人数(人) | 職務の内容 |
|---------|-----------|-----|-----|-----------------|--|
| | | 常 勤 | 非常勤 | | |
| 管 理 者 | 1名 | 1名 | | | 従業者の管理・業務実施状況の把握 |
| 生活相談員 | 1名 | 1名 | 1名 | 1. 2名 | 通所介護計画及び通所型サービス計画に基づく相談援助並びに記録保管、連絡調整 |
| 介護職員 | 4名 | 3名 | 3名 | 4. 8名 | 通所介護計画及び通所型サービス計画に基づく介護、給食、機能訓練補助 |
| 看護職員 | 1名 | 1名 | 1名 | 1. 2名 | 通所介護計画及び通所型サービス計画に基づく健康衛生管理、看護指導、緊急時対応 |
| 機能訓練指導員 | 2名 | 2名 | 1名 | 2. 4名 | 個別機能訓練計画に基づく機能訓練の実施及び評価 |
| 管理栄養士 | 1名 | | 1名 | | 特養施設と兼務 多職種と共同し栄養アセスメント実施 |

(3) 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---------|-------------------------------|----|
| 管理者 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務 | |
| 生活相談員 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務 | |
| 介護職員 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務 | |
| 看護職員 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務 | |
| 機能訓練指導員 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務 | |

(4) 事業の実施地域

| | |
|---------|----------|
| 事業の実施地域 | 筑前町 筑紫野市 |
|---------|----------|

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

| 営業日 | 営業時間 |
|-----|------------|
| 平日 | ８：３０～１７：３０ |
| 土曜日 | ８：３０～１７：３０ |

| | |
|--------|---|
| 営業しない日 | 日曜日 盆 正月（８月１４日１５日及び１２月 ３１日から翌年１月３日まで） |
|--------|---|

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

| 種 類 | 内 容 |
|-------------|--|
| 食 事 | (食事時間) 12:00～ 栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です |
| 入 浴 | 入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 入浴サービスの利用は任意です。 |
| 排 泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 機 能 訓 練 | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 歩行器 2台 マッサージ機 2台 車いす 5台 ボードトレナー 1台 シルバーカー 3台 訓練室の器具使用 |
| 生 活 指 導 | 利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。 |
| 健 康 チェ ッ ク | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相 談 及 び 援 助 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。 |
| 送 迎 | ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。 |

イ 費 用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の負担割合に応じた額が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】（1割負担額の場合）

○所要時間6時間以上7時間未満の場合

| | | | | | |
|------|------|------|------|------|--------|
| | 要介護1 | 584円 | 要介護2 | 689円 | |
| 要介護3 | 796円 | 要介護4 | 901円 | 要介護5 | 10,08円 |

○所要時間7時間以上8時間未満の場合

| | | | | | |
|------|------|------|--------|------|--------|
| | 要介護1 | 658円 | 要介護2 | 777円 | |
| 要介護3 | 900円 | 要介護4 | 1,023円 | 要介護5 | 1,148円 |

○所要時間8時間以上9時間未満の場合

| | | | | | |
|------|------|------|--------|------|--------|
| | 要介護1 | 669円 | 要介護2 | 791円 | |
| 要介護3 | 915円 | 要介護4 | 1,041円 | 要介護5 | 1,168円 |

○延長加算

| | |
|--------------|------|
| 9時間以上10時間未満 | 50円 |
| 10時間以上11時間未満 | 100円 |
| 11時間以上12時間未満 | 150円 |

・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

○加算

| 種 類 | 利 用 料 |
|---------------|------------------------|
| 入浴介助加算（Ⅰ） | 40円／回 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）・ロ | 76円／回 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 20円／月 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 100円／月 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40円／月 |
| 栄養アセスメント加算 | 50円／月 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | ※原則3ヶ月以内、月2回を限度・160円／月 |
| ADL維持等加算（Ⅰ） | ※Ⅰ・Ⅱは併算定不可 30円／月 |
| ADL維持等加算（Ⅱ） | 60円／月 |
| サービス提供強化加算Ⅲ | 6円／日 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 総単位数の9.0% |
| 送迎減算(送迎対応なし) | -47円／片道 |

介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス

- 通所型サービス（独自）
 (筑前町) ※筑前町の地域単価（1単位10円）
 要支援1・事業対象者 1, 798円/月 要支援2・事業対象者 3, 621円/月

- (筑紫野市) ※筑紫野市の地域単価（1単位10, 14円）
 要支援1・事業対象者 1, 823円/月 要支援2・事業対象者 3, 672円/月

- 送迎を行わない場合（片道）
 (筑前町) - 47円/月
 (筑紫野市) - 48円/月

- 加算 栄養アセスメント加算
 (筑前町) 50円/月
 (筑紫野市) 51円/月

- 加算 科学的介護推進体制加算
 (筑前町) 40円/月
 (筑紫野市) 41円/月

- 加算 生活機能向上連携加算
 (筑前町) 200円/月
 (筑紫野市) 202円/月

- 加算 口腔機能向上加算（Ⅱ）
 (筑前町) 160円/月
 (筑紫野市) 162円/月

- 加算 一体的サービス提供加算
 ※栄養改善加算・口腔機能向上加算
 (筑前町) 480円/月
 (筑紫野市) 488円/月

- 加算 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）
総単位数の9.0%

- 加算 サービス提供強化加算（Ⅲ）
 (筑前町) (筑紫野市) 支援1・事業対象者 24円/月
 (筑前町) (筑紫野市) 支援2・事業対象者 48円/月

- 通所型サービスA（筑前町）
要支援1・2（事業対象者） 1, 259単位/月

(2) 介護保険給付対象外サービス

- 食事代 (実費) 1食 500円 (食事時間) 12:00～
栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。希望及び好みをお聞きします。食事サービスの利用は任意です。
- 教養娯楽費 (実費)
各種サークルや娯楽活動における物品、材料等の購入が必要な場合においてのご負担ですので、その都度ご説明いたします。
- おむつ代 (実費)
ご自宅にてご使用の物があれば、利用の際ご持参してください。詳しくは生活相談員にご相談下さい。

(3) 利用料等のお支払い方法

毎月、10日までに前月分の請求いたしますので、末日までに以下いずれかの方法でお支払い下さい。

- ・窓口での現金支払い
- ・自動払込
- ・下記指定口座への振込み
福岡銀行 夜須支店 普通貯金 212681
社会福祉法人 朝老園
朝老園デイサービスセンター
理事長 今村 順

※ 振込み料は、お客様の負担になります。入金確認後、領収書を発行します。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

社会福祉法人朝老園（以下「法人」という。）が実施する指定通所介護及び介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「事業所」という。）は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化防止又は要介護状態となることの予防に努め、利用者の居宅における日常生活を営むに必要な援助を行うと共に、その家庭の福祉増進に寄与することを目的とする。

(2) 運営方針

- 1 事業所は、通所介護計画及び通所型サービス計画に基き、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。
- 2 事業所は、指定通所介護の提供に当り、懇切丁寧に行うことを旨とし、サービスの提供について利用者又はその家族に対し、必要な説明を行い理解同意の上実施する。
- 3 指定通所介護及び通所型サービスの提供に当っては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービス提供を行う。
- 4 事業所は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供すると共に、認知症のある要介護者に対しては、必要に応じその特性に対応したサービスの提供に配慮する。

(3) その他

| 事 項 | 内 容 |
|---------------------------|---|
| 通所介護計画、通所型サービス計画の作成及び事後評価 | 当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所介護計画及び通所型サービス計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修 | 随 時 |

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

| | |
|-------------|--|
| 当事業所お客様相談窓口 | 窓口責任者 高崎 剛将 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話 092-926-8607 面接(当事業所相談室) |
| 福岡県国保連 | 介護保険課 介護サービス相談窓口 福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話 092-642-7859 FAX 092-642-7857 |
| 筑前町 | 福祉課高齢福祉係 筑前町久光951-1 電話 0946-24-8763 FAX 0946-24-8751 |
| 筑紫野市 | 筑紫市役所 高齢者支援課 筑紫野市二日市西1丁目1-1 電話 092-923-1111(代表) FAX 092-923-1134(代表) |
| 福岡県介護保険広域連合 | 朝倉支部 筑前町久光951-1 電話 0946-21-8021 FAX 0946-21-8031 |

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等、地域包括支援センター等へ連絡をします。

| | | |
|-----|------------------|--|
| 主治医 | 病院名 及び 所在地 | |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|-------------|--------|-----|
| 緊急時連絡先(家族等) | 氏名(続柄) | () |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |

7 非常災害時の対策

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----|-----------|-----|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | あり | 防火扉・シャッター | 2箇所 |
| | 避難階段 | なし | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知機 | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
| | 誘導等 | 7箇所 | | |
| カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。 | | | | |

| | |
|-------|---|
| 消防計画等 | 甘木朝倉消防署への届出日：昭和53年 1月 1日 防火管理者：安藤 正衡 |
|-------|---|

8 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

* サービス利用にあたっての禁止行為

- 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ。誹謗中傷などの迷惑行為
- パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、ケアハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為
- サービス利用中にご契約者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

9 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施無し

10 個人情報保護（秘密の保持）

当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当施設は利用者及び扶養者から、予め同意を得た上で行うこととします。

(1) 介護・診療情報の提供

ご自身の症状やケアについて質問や不安がおありになる場合は、遠慮なく、直接、看護師又は生活相談員に質問し、説明を受けてください。この場合、特別の手続きは必要ありません。

(2) 介護・看護情報の開示

ご自身の介護・看護記録の閲覧や謄写をご希望の場合は、遠慮なく、管理者又は生活相談員に開示をお申し出下さい。

(3) 個人情報の内容訂正・利用停止

個人情報とは、氏名、住所等の特定の個人を識別できる情報を言います。

当施設が保有する個人情報（介護・看護記録等）が事実と異なるとお考えになる場合は、内容の訂正・利用停止を求めることができます。窓口にお申し出下さい。調査の上、対応いたします。

(4) 個人情報の利用目的

個人情報は以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて利用いたしません。

- ① サービス提供のために利用する他、施設運営、教育・研修、行政命令の遵守、他の医療・介護・福祉・保健施設との連携等のために、個人情報を利用することがあります。また、外部機関による施設評価、学会や出版物等で個人名が特定されない方法で報告することがあります。
- ② 当施設は、卒後医師臨床研修施設及び介護職等の研修施設に指定されており、研修・養成の目的で、研修医及び介護・医療専門職等の学生等が、診療、看護、介護などに同席する場合があります。

(5) ご希望の確認と変更

- ① 利用予定の変更、介護給付・保険証等の確認等、緊急性を認めた内容について、利用者ご本人に連絡する場合があります。ただし、事前に受付までお申し出があった場合は、連絡いたしません。
- ② 施設内における氏名の掲示を望まない場合には、お申し出下さい。ただし、事故防止・安全確保のためには、氏名の掲示が望ましいです。
- ③ 電話あるいは面会者からの、利用状況の問い合わせへの回答を望まない場合にはお申し出下さい。
- ④ 一度出されたご希望を、いつでも変更することが可能です。お気軽にお申し出下さい。

(6) 相談窓口

ご質問やご相談は、各部署責任者又は以下の個人情報保護相談窓口をご利用ください。

【 個人情報保護相談窓口 管理者（生活相談員）高 崎 剛 将 】

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護及び介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

| | | |
|-----|----------|------------------|
| 事業者 | 住所 | 福岡県朝倉郡筑前町朝日586番地 |
| | 事業者（法人）名 | 社会福祉法人 朝老園 |
| | 施設名 | 朝老園デイサービスセンター |
| | （事業所番号） | 4076800046 |
| | 代表者名 | 理事長 今村 順 印 |
| 説明者 | 職名 | 管理者 |
| | 氏名 | 高崎 剛将 印 |

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

| | | |
|-------------|----|----|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |
| 代理人（選任した場合） | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |
| | | 続柄 |