

「指定通所介護」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4072900113号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護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きたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	1
3. 事業実施地域及び営業時間.....	2
4. 職員の配置状況.....	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
6. 苦情の受付について.....	6

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 長生会
- (2) 法人所在地 福岡県小郡市三沢字花簗881-1
- (3) 電話番号 0942-75-2617
- (4) 代表者氏名 理事長 柳 茂
- (5) 設立年月 昭和51年2月24日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成11年12月1日指定
福岡県4072900113号
※当事業所はケアハウス小郡に併設されています。
- (2) 事業所の目的 在宅の要介護老人等に対し、日常生活の自立支援を目的として
通所の方法により必要な各種サービスを提供します。

(3) 事業所の名称 『デイサービスセンター美鈴ヶ丘』

(4) 事業所の所在地 福岡県小郡市三沢5432-1

(5) 電話番号 0942-75-5312

(6) 事業所長 (管理者) 平原 昭夫

(7) 当事業所の運営方針

指定通所介護事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態又は要支援状態にある高齢者などに対し、通所の方法により入浴、排泄、食事などの介護、機能訓練その他のサービスを提供し利用者の介護状態の軽減もしくは、悪化の防止又は介護状態となることの予防に努める。

(8) 開設年月 平成12年4月1日

(9) 利用定員 45人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 小郡市、朝倉郡筑前町

(2) 営業日及び営業時間

営業日	毎週 月・火・木・金・土曜日	
	12月31日～1月3日は休みになります	
受付時間	営業日	8:30～17:30
サービス提供時間	営業日	10:00～15:20

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。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職員数	指定基準
1. 事業所長 (管理者)	1名 (兼務)	1名
2. 生活相談員	2名 (内兼務2名)	1名
3. 介護職員	10名 (内兼務3名)	7名
4. 看護職員	3名	1名
5. 機能訓練指導員	看護職員兼務	看護職員兼務

※その日の利用者数に応じて変更することがあります。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 介 護 職 員	☆原則として職員 1 名あたり利用者 5 名のお世話をします。
2・看 護 職 員	☆原則として 1 名の看護職員が勤務します。

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、ご契約者に対して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) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常 9 割か 8 割もしくは 7 割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①食事（居宅サービス計画において、食事の提供が予定されている方に限ります。但し、食料費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間） 12：00～12：40

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費は話し合いにて決めます。

＜サービス利用料金(1回あたり)＞

別紙料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、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）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額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＞

①食事の材料の提供（食材料費）

ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金：1回あたり 460 円

②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いただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③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、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚目無料、2 枚目からは 1 枚につき 10 円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の利用料金は、毎月、月末締めとし、翌月 15 日までにお支払い下さい。
なお、銀行振込を御希望される方は、下記口座にお振込下さい。

福岡銀行 小郡支店 普通預金 口座番号 1 3 7 8 4 7 8
名 義 人 社会福祉法人 長生会 デイサービスセンター美鈴ヶ丘
理事長 柳 茂

- * お振込みの際の手数料は御本人、御家族の御負担になります。
- * 金融機関からの口座自動引き落としは福岡銀行の口座からのみ可能です。
御希望される方はお申し出下さい。

（４）利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出て下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 5 0 % (自己負担相当額)

- 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契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について

（１）当事業所における苦情・高齢者虐待通報の受付

当事業所における相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情・高齢者虐待通報受付窓口 (担当者) 管理者 平原 昭夫
(現場責任者) 美根 成吉

受付窓口 デイサービスセンター美鈴ヶ丘
事業所の所在地 福岡県小郡市三沢 5 4 3 2 - 1
電話番号 0 9 4 2 - 7 5 - 5 3 1 2
FAX 0 9 4 2 - 7 5 - 5 3 1 5

○苦情解決責任者（管理者） 平原 昭夫

受付窓口 デイサービスセンター美鈴ヶ丘

事業所の所在地 福岡県小郡市三沢 5 4 3 2 - 1

電話番号 0 9 4 2 - 7 5 - 5 3 1 2

FAX 0 9 4 2 - 7 5 - 5 3 1 5

○受付時間 営業日 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

営業時間外は併設ケアハウス小郡が対応いたします。

(ケアハウス小郡電話番号 0 9 4 2 - 7 5 - 5 3 1 1)

また、苦情受付ボックスを玄関入口に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

第三者委員 野 瀬 賢 一	住 所 小郡市上岩田 7 6 4 - 1 電話番号 0 9 4 2 - 7 2 - 2 9 2 2
福岡県国民健康保険 連合会 介護保険課	住所 福岡市博多区吉塚本町 1 3 - 4 7 電話番号 0 9 2 - 6 4 2 - 7 8 5 9 Fax 番号 0 9 2 - 6 4 2 - 7 8 5 7
福岡県運営適正化委員会	住所 春日市原町 3 丁目 1 - 7 電話番号 0 9 2 - 9 1 5 - 3 5 1 1 Fax 番号 0 9 2 - 5 8 4 - 3 7 9 0
小郡市役所 長寿支援課	住所 小郡市小郡 2 5 5 - 1 電話番号 0 9 4 2 - 7 2 - 2 1 1 1 Fax 番号 0 9 4 2 - 7 3 - 4 4 6 6
福岡県介護保険広域連合 朝倉支部	住所 朝倉郡筑前町久光 9 5 1 - 1 電話番号 0 9 4 6 - 2 1 - 8 0 2 1 Fax 番号 0 9 4 6 - 2 1 - 8 0 3 1

7. 福祉サービスにおける第三者委員の受審について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
第三者評価機関名	
評価結果の開示状況	

※この重要事項説明書は、厚生省令第 37 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 8 条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

<様式1>

同 意 書

社会福祉法人長生会
デイサービスセンター美鈴ヶ丘
管理者 平原 昭夫

1. センターの運営理念について説明を受け了解しました。
2. 指定通所介護サービスの提供の開始について重要事項の説明を受け了解しました。

以上

同意に関する記名捺印は、「重要事項説明書及び同意書」の所定の欄にチェックを入れて頂き、記名捺印ください。

<様式2>

個人情報同意書

社会福祉法人長生会
デイサービスセンター美鈴ヶ丘
管理者 平原 昭夫

1. 通院・往診・緊急時において、協力医療機関等で適切な医療サービスを受けるために必要な情報提供を行うこと。
2. ご本人様やご家族様の写真や名前が入った行事風景等の掲示及びホームページへの掲載をすること。
3. 靴箱や居室入り口における名札等の掲示をすること。
4. 利用者様が描かれた絵や習字等をホーム内に掲示する事。
5. チームケア・サービス担当者会議・その他会議等において、ケアマネージャー・医療機関国保連・保険者等に、ご本人様やご家族様の情報提供を行うこと。
6. 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での仮名による事例研究発表
7. 外部からの電話で、利用者様の名前を言われ、取次ぎをお願いされた場合の取次ぎを行うこと。
8. 外部からの電話で、ご本人様の確認を尋ねられた場合に返答を行うこと。

以上

同意に関する記名捺印は、「重要事項説明書及び同意書」の所定の欄にチェックを入れて頂き、記名捺印ください。

送迎に関する同意書

安全で、円滑な送迎を提供させていただくに当たり、ご利用者様・ご家族の皆様には、ご協力よろしくお願いいたします。

- 1) 原則として、玄関の中までのお迎え、玄関の中までのお送りをいたします。
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人・ご家族との話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。
- 2) 季節により、暑かったり寒かったりと、身体に及ぼす影響は様々です。
※ 自宅の中でお待ちいただきます。
- 3) お迎え時間を、連絡ノートまたは前日に電話にて連絡します。
交通事情等で、10 分以上到着時間が遅れる場合は、施設より電話連絡いたします。
10 分以内の遅れはご容赦くださいませ。
- 4) 乗車中は、全座席シートベルトを必ず着用してください。
- 5) 送迎職員到着後、体調不良を除き・準備等ができていない場合は、長時間待つことはできません。送迎の対応ができなくなる場合もあります。
スムーズで安全な送迎を行うために、お迎え時間の時間を毎回お伝えしております。その点をご理解くださり、ご本人・ご家族のご協力をお願いします。
尚、休まれる連絡が営業時間外でも、併設のケアハウス小郡が対応いたします。
※電話番号 0942-75-5312 (デイサービスセンター美鈴ヶ丘)
- 6) 自家用車、バイクで来所される場合は、駐車は他の車が通るスペースを空けて下さい。
職員駐車場を利用されても結構です。

重要事項説明書等 同意書

重要事項説明書等の下記事項について同意したことを証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が記名捺印うえ、各1通を保有するものとします。

サービス利用時同意事項

- 重要事項説明書：説明を受け、料金や留意点等についての内容を理解、了承致しました。
- 様式1 同意書：説明を受け、同意します。
- 様式2 個人情報の同意書：個人情報の利用目的について説明を受け、同意します。
- 様式3 送迎に関する同意書：送迎についての説明を受け、同意します。

*同意頂く項目は□に✓でチェックし、その他の場合には二重線（＝）で項目を削除する。

令和 年 月 日

(説明者)

住所：福岡県小郡市三沢 5 4 3 2 - 1

事業所名：社会福祉法人 長生会

デイサービスセンター美鈴ヶ丘

職 名：管理者

氏 名： 平原 昭夫 印

(利用者)

住 所：

氏 名： _____ 印 _____

(代筆者)

住 所：

氏 名： 印

(続柄)

(ご家族)

住 所：

氏 名： _____ 印 _____

(続柄)