

「介護予防・日常生活支援総合事業」第1号通所事業

介護予防通所介護相当サービス 重要事項説明書

当事業所はご利用者様に対し「介護予防・日常生活支援総合事業」第1号事業サービスの介護予防通所介護相当サービス（以下「通所介護相当サービス」という。）を提供します。事業所概要及び提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明致します。

※当サービスの利用は、原則として①要介護認定の結果「要支援」と認定された方②基本チェックリストで「事業対象者」の判定を受けた方が対象となります。

◆◆ 目 次 ◆◆

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

1. 事業者

- | | |
|----------------|-----------------------|
| (1) 法人の名称 | 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聳 881 番地の 1 |
| (3) 電話番号 | 0942-75-4113 |
| (4) 代表者(職名・氏名) | 理事長 柳 茂 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 51 年 2 月 24 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 小郡市介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業介護予防通所介護相当サービス事業 |
| (2) 事業所の目的 | 在宅の総合事業対象者等に対し、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ふくせんの郷 |
| 介護保険事業所番号 | 4 0 7 2 9 0 0 3 6 0 号 |

- (4) 事業所所在地 福岡県小郡市松崎字福泉塚 510-1
- (5) 電話番号 0942-73-6526
- (6) 事業所長(職名・氏名) 管理者 小倉 慎毅
- (7) 当事業所の運営方針 総合事業の通所介護相当サービス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支援者及び総合事業対象者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことのできるよう、必要な日常生活の支援及び機能訓練等を行うことにより利用者の生活機能の維持向上を目指すとともに、その家族の身体的・精神的負担軽減に努めることを運営方針とします。
- (8) 開設年月日 平成 18 年 4 月 1 日
- (9) 利用定員 45 名 (通所介護事業所定員)

3. 事業実施地域・営業日及び時間

- (1) 通常事業の実施地域 小郡市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	毎週、月曜日から金曜日（祝祭日営業） ※但し、12/31～1/3 は休館となります。
受付時間	営業日の 8：30～17：30
サービス提供時間	営業日の 10：00～15：30

4. 職員配置状況

- (1) 事業所に勤務する職員の職種、員数は次のとおりです。

<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	員数	
	常勤	非常勤
管理者	1 名 (兼務)	—
生活相談員	2 名 (内、兼務 2 名)	—
介護員	7 名 (内、兼務 4 名)	2 名 (内、兼務 1 名)
看護師	1 名 (専従) 1 名 (兼務)	1 名 (兼務)
機能訓練指導員	1 名 (兼務)	1 名 (兼務)

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では利用者に対し、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) 利用料金の一部(通常 9 割)が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の全額を契約者に負担いただく場合 |

があります。

(1) 基本利用料（利用料金が介護保険から給付される）

利用者が通所介護相当サービスを利用した場合の基本利用料金は**※別紙料金表**の通りとなっています。お支払いいただく「利用者負担金」は負担割合証に応じた額となります。但し、介護保険の負担限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額について契約者に負担いただきます。また、介護保険からの給付額に変更が生じた場合、変更された額に合わせて、契約者の負担額を変更します。

(2) その他の費用

	内容/金額
食費	食事の提供に要する費用は、1食あたり 460 円です。
レクリエーション・クラブ 活動費	希望によりレクリエーションやクラブ 活動に参加した場合は、材料費等の実費を徴収いたします。
コピー代	サービス提供の記録等のコピーを必要とされる場合、そのコピー代は 1 枚あたり 10 円です。
日常生活上必要となる諸費用	ご契約者様の日常生活に要する費用で、ご契約者様に負担いただくことが適当である物にかかる費用を負担いただきます。 リハビリパンツ代等・・・実費

★経済状況の著しい変化、その他のやむを得ない事由がある場合は相当な額に変更する場合があります。その場合、変更を行う 2 ヶ月前までに変更内容及び事由についてご説明します。

(3) 利用料のお支払い方法

前記 (1) 及び (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。尚、銀行振り込みをご希望の方は、次の口座にお振込み下さい。

福岡銀行 小郡支店 普通 口座番号：1540658 社会福祉法人長生会 デイサービスセンターふくせんの郷 理事長 柳 茂
--

※お振込みの際の振込手数料はご契約者様(御家族様)負担となります。

(4) 利用の中止・変更・追加

①利用予定日の前に、利用者等の都合により通所介護相当サービスの利用中止または変更、若しくは利用追加することができます。この場合には、サービス実施日の前日までに事業所へお申し出下さい。

②利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止された場合は、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、利用者の体調不良等の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	当日利用料金(自己負担相当額)の50%

③通所介護相当サービスの変更・追加の申し出に対し、事業所の稼働状況により利用者等の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を提示して協議します。

6. 苦情・高齢者虐待通報の受付について

(1) 当事業所に受ける苦情やご相談は以下の窓口にて受け付けます。

受 付 窓 口	主任介護員 濱田 咲代
解 決 責 任 者	所長(管理者) 小倉 慎毅
受 付 時 間	営業日の8:30~17:30迄
電 話 番 号	電話:0942-73-6526 FAX:0942-73-6527

※苦情受付箱を事業所の玄関入り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〕福岡県小郡市上岩田 764-1 〔電話番号〕0942-72-2922
小郡市役所 長寿支援課	〔住 所〕福岡県小郡市小郡 255-1 〔電話番号〕0942-72-2111〔F A X〕0942-73-4466
福岡県介護保険 広域連合 朝倉支部	〔住 所〕福岡県朝倉郡筑前町久光 951-1 〔電話番号〕0946-21-8021〔F A X〕0946-21-8031
福岡県国民健康保険 連合会 介護保険課	〔住 所〕福岡県福岡市博多区吉塚本町 13-47 〔電話番号〕092-642-7859〔F A X〕092-642-7857
福岡県運営適正 委員会	〔住 所〕福岡県春日市原町 3-1-7 〔電話番号〕092-915-3511〔F A X〕092-584-3790

〈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ふくせんの郷

1. 当事業所の運営方針・理念について説明を受けました。
2. 介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの提供開始について重要事項の説明を受け、了承しました。

以 上

※ 同意に関する記名・捺印は「重要説明書等同意書」の様式-1 に☑チェックを入れて頂き記名・捺印下さい。

〈様式-2〉

個人情報取り扱いに関する同意書

社会福祉法人 長生会
デイサービスセンターふくせんの郷

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（またはご家族様）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. 靴箱や事業所入り口おける名札等の掲示をすること。
4. ご利用者様が描かれた絵や習字等を事業所内に展示すること。
5. チームケア・サービス担当者会議、その他の会議等において、ケアマネージャー・医療機関・国民健康保険連合会・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や研究会等で、仮名による事例研究発表の対象とすること。
7. 外部からの電話で、ご利用者様の名前を言われ、取次をお願いされた場合に取次を行うこと。または、ご本人様の確認を尋ねられた場合に返答を行うこと。

※ 同意に関する記名・捺印は「重要説明書等同意書」の様式-2 に☑チェックを入れて頂き記名・捺印下さい。

〈様式-3〉

送 迎 に 関 す る 同 意 書

社 会 福 祉 法 人 長 生 会
デイサービスセンターふくせんの郷

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・ご家族様のご協力を宜しくお願い致します。

1. 原則として、玄関の中までのお迎えお送りを致します。身体的または環境面等の諸事情がある場合は、ご本人様・ご家族様との話し合いを行い当事業所で提供できる汎愛内の送迎サービスを提供させていただきます。
2. 季節（気温）により身体に及ぼす影響は様々です。ご自宅の中で、送迎車の到着をお待ち下さい。
3. お迎え時間は、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分以上到着が遅れる場合には事業所より電話連絡いたします。
(10分以内の遅れはご容赦下さい。)
4. 乗車中は全席シートベルトを着用下さい。
5. 送迎職員到着後、体調不良を除き、ご準備ができておられない場合は長時間待つことはできません。送迎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、お迎え時間をお伝えしています。ご理解の上、ご本人様・ご家族様のご協力をお願いいたします。
6. ご家族様の送迎にて来訪（または往訪）される場合は、他の車輛が通るスペースを空けて駐車下さい。

※同意に関する記名・捺印は「重要説明書等同意書」の様式-3に☑チェックを入れて頂き記名・捺印下さい。

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、本書を2通作成し、契約者、事業所(説明者)が記名・捺印の上、各1通を保有するものとする。

<サービス利用時同意事項>

- 重要事項説明書の説明を受け、料金や留意点等についての内容を理解し、了承しました。
- 同意書〈様式-1〉の説明を受け、同意します。
- 個人情報の取り扱いに関する同意書〈様式-2〉の説明を受け、同意します。
- 送迎に関する同意書〈様式-3〉の説明を受け、同意します。

*同意いただける項目には、チェック☑をし、その他の場合には二重線(=)にて項目を削除下さい。

令和 年 月 日

【説明者】

住 所：福岡県小郡市松崎字福泉塚 510-1

事業所名：社会福祉法人 長生会 デイサービスセンターふくせんの郷

職 名： _____ 氏 名： _____ ㊟

【契約者】

住 所：

氏 名： _____ ㊟ (続柄： _____)

【利用者】 ※利用者=契約者の場合は「同上」と記載下さい。

住 所：

氏 名： _____ ㊟

【代理人】 私は、利用者本人の重要事項説明書に関する同意事項への同意の意思を確認の上、本人に代わり上記証明を行いました。

住 所：

氏 名： _____ ㊟ (続柄： _____)