

# 重要事項説明書

通所介護

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者： デイサービスセンターあい

# 通所介護・介護予防通所介護 重要事項説明書

〔令和6年6月1日現在〕

## 当法人の概要

法人種別・名称	株式会社 アイ
設 立	平成21年9月8日
代 表 者	望月 英子
所 在 地	福岡県北九州市八幡東区尾倉2丁目3番3号
電 話 番 号	093-663-1122
F A X	093-663-1123

## 当事業所の概要

事業者の指定番号およびサービス提供地域

サービス種類	通所介護事業、介護予防通所介護事業
介護保険指定番号	福岡県 4070601531 号
事業所名	デイサービスセンターあい
所 在 地	福岡県北九州市八幡東区尾倉2丁目3番3号
電 話 番 号	093-663-1122
F A X	093-663-1123
利 用 定 員	20名（生活支援型通所サービス2名含む）
管 理 者	曹 涼一
サービス提供地域	八幡西区、八幡東区、戸畑区、小倉北区

※ サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8時30分 ～ 17時30分
定休日	日曜日、12月31日～1月3日

職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	計
管 理 者	介護福祉士	1名	0名	1名
生活相談員	社会福祉主事・介護福祉士	2名	1名	3名
機能訓練指導員	看護師、理学療法士	0名	3名	3名
介 護 職 員	ホームヘルパー2級、初任者研修終了者	0名	2名	2名
厨 房 職 員		0名	2名	2名

その他の事業

サービス種類	介護保険指定番号	サービスを提供する地域
居宅介護支援事業	福岡県 4070601366 号	北九州市内
通所介護 介護予防通所介護	福岡県 号	八幡西区、八幡東区 戸畑区、小倉北区

損害賠償責任保険

保険会社	保険種類
東京海上日動火災保険株式会社	居宅介護事業者賠償責任保険

## サービス内容

通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供・入浴介助・機能訓練・口腔機能向上・アクティビティー  
その他必要な介護等を行います。

## 利用料金

○通所介護費

介護保険適用	単位	一割負担分
要介護 1	584 単位／回	592 円／回
要介護 2	689 単位／回	699 円／回
要介護 3	796 単位／回	806 円／回
要介護 4	901 単位／回	913 円／回
要介護 5	1008 単位／回	1022 円／回
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位／回	40 円／回
科学的介護推進体制加算	40 単位／月	40 円／月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位／回	6 円×利用回数
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56 単位／回	56 円／回
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位／月	20 円／月
処遇改善加算Ⅱ R6.6 から	毎月算定単位の 9%	毎月算定単位の 9%の一割分
介護職員処遇改善加算Ⅰ R6.5 まで	毎月算定単位の 5.9%	毎月算定単位の 5.9%の一割分
介護職員特定処遇改善加算Ⅱ R6.5 まで	毎月算定単位の 1.0%	毎月算定単位の 1.0%の一割分
介護職員等ベースアップ等支援加算 R6.5 まで	毎月算定単位の 1.1%	毎月算定単位の 1.1%の一割分

＊介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

食材料費用		600 円
レクリエーション材料費		実費
生活用品		実費
オムツ	1 枚につき	100 円
複写物	1 枚につき	30 円

### （２）交通費

通常の事業の実施地域を越える場合の交通費。一日利用につき 100 円。

### （３）キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。（TEL：093-663-1122）

①ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料の 10%

### （４）料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月 10 日までに当月分の料金を請求いたしますので、20 日までにお支払いください。

お支払い方法は、あらかじめ指定した方法でお支払いください。

<input type="checkbox"/> 現金による支払い
<input type="checkbox"/> 指定口座への振り込み（但し、振込手数料は契約者の負担とさせていただきます。）

□ 口座振替（西日本シティ銀行）毎月15日引落とし 祝日の場合翌営業日

## 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、次の窓口で対応いたします。

- ・デイサービスセンターあい

所在地	福岡県北九州市八幡東区尾倉2丁目3番3号
電話番号	093-663-1122
FAX	093-663-1123
窓口担当者	曹 涼一 / 管理者
対応時間	月曜日から土曜日 8:30～17:30

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

- ・八幡東区役所 保健福祉課 介護保険係

所在地	福岡県北九州市八幡東区中央1丁目1番1号
電話番号	093-671-0801
対応時間	月曜日から金曜日 8:30～17:15

- ・北九州市役所 保健福祉局 地域支援部 介護保険課

所在地	福岡県北九州市小倉北区城内1番1号
電話番号	093-582-2771
対応時間	月曜日から金曜日 8:30～17:15

- ・国民健康保険団体連合会

所在地	福岡県福岡市博多区吉塚本町13-47
電話番号	092-642-7859
対応時間	月曜日から金曜日 8:30～17:15

## サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。契約を結び通所介護計画作成と同時にサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (2) サービスの終了

#### ① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

#### ② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

#### ③ お客様が入院され2ヶ月が経つ場合

入院後2ヶ月が経過しますと、一旦利用中止とさせていただきます。事前にその旨を連絡致します。

なお、退院後、ご希望であれば、再度契約させていただきます。

#### ④ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
- ・お客様が亡くなられた場合

⑤ その他

- ・ 当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。
- ・ サービスのご利用時は、多額の金銭・貴重品類は持参しないでください。また、ご利用者様間での金銭の貸し借り・物品の貸し借り・食べ物のやりとりはご遠慮ください。
- ・ 当事業所の施設内では、喫煙、飲酒、迷惑行為、政治活動・宗教活動・物品の販売などの行為は、禁止させていただきます。
- ・ 提供するサービスの第三者の評価は実施しておりません。

## 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主 治 医	病 院 名	
	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご 家 族	氏 名	(続柄： )
	連 絡 先	
緊急連絡先	氏 名	(続柄： )
	連 絡 先	

## 事故発生時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に事故が発生した場合は、関係各位に連絡するとともに、賠償すべき事故の場合は、当事業所はご利用者様に対して賠償責任を負うものとします。

## 虐待防止委員会

### 運用方針

第1条 虐待防止委員会は、利用者の安全と人権保護の観点から、適正な支援が実施され、利用者の自立と社会参加のための支援を妨げることのないよう、定期的に又は適時、委員会を開催し、虐待の防止に努めることを目的とする。（委員会委員の選出）

第2条 委員は以下のとおりとする。

- 1) 委員長は、虐待防止責任者とする。
- 2) 副委員長には、各事業所サービス管理責任者とする。
- 3) 委員には、必要ある場合に法人役員等、苦情解決第三者委員を加えることができる。（委員会の開催）

第3条 委員会の開催を次のとおりとする。

- 1) 委員会は、虐待防止に関する法人事業所内での協議事項が生じた都度、若しくは月に一度随時開催する。
- 2) 法人事業内で虐待事例が発生した時には必ず開催する。
- 3) 会の開催の必要があるときは、委員長が招集し開催する。（委員会の実施）

第4条 委員会は次のとおり実施する。

- 1) 職員倫理綱領を職員に周知し、行動規範とするよう啓発する。
- 2) 「虐待の分類」について、職員に周知することと、定期的な見直しを行い、疑いのある項目を足していく。
- 3) 「虐待を早期に発見するポイント」に従い、「虐待発見チェックリスト」結果による調査を必要あるごとに実施する。
- 4) 上記の実施した調査の結果、虐待や虐待の虞があるときは、虐待防止受付担当者に報告する。
- 5) 研修委員会と日程の調整を行い、虐待防止に係る研修を年2回以上行うこととする。
- 6) 事故防止委員会より、事故等の問題が虐待につながるような場合は、虐待防止委員会において対応する。
- 7) その他、法令及び制度の変更のあるごとに委員会を開催し、規定等の見直しを行うこととする。（委員会の責務）

第5条 1) 委員会は、虐待が起こらないよう事前の措置として、職員の虐待防止意識の向上や知識を周知し、虐待のない施設環境づくりを目指さなければならない。

2) 委員は、日頃より社会福祉法・知的障害者福祉法のみならず障害者自立支援法や障害者の権利宣言等の知識の習得に努めるだけでなく、人格（アイデンティティ）の向上にも努めるものとする。

3) 委員会の委員長・委員は、日頃より利用者の支援の場に虐待及び虐待につながるような支援が行われていないか観察し、必要があるときは職員に直接改善を求めたり、指導することとする。4) 委員会は、その他の各委員会とも連携をとり利用者の虐待の虞のある事案や支援等に問題がある場合は、各委員会と協議し、協同で会議を開催する等、虐待防止の対応・対策及び改善を図るものとする。（委員会の委員）

### 一虐待防止委員会名簿

役職委員長 代表取締役 望月英子

副委員長 青木博志（ケアプラセンターさらん管理者）

曹 涼一（デイサービスセンターあい管理者虐待防止受付担当者）

委員 谷川 幸枝（デイサービスセンターあい副責任者）

★ 第三者委員は、被虐待者及び保護者、通報者からの同意に基づき介入する

## 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

### （１）使用目的

- ①適切なサービスを円滑に行うためや、連携が必要な場合の情報共有のための場合
- ②サービス提供にかかる請求業務などの事務手続きやサービス利用にかかわる管理運営のための場合
- ③法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- ④損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ⑤特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

### （２）使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供は（１）に記載する目的の範囲内で必要最低限にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- ②事業所は、個人情報を使用した会議・出席者・内容等について記録しておくこと。

### （３）個人情報の内容

- ①氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況、その他の利用者や家族等に関する個人情報
- ②認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ③その他の情報

### （４）使用期間

当事業所の契約開始から契約終了日まで

同意する

同意しない

### <肖像権について>

当施設の、ホームページ・パンフレット・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。

使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同意する

同意しない

令和      年      月      日

**通所介護サービスの開始にあたり、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： 福岡県北九州市八幡東区尾倉 2 丁目 3 番 3 号

事業者名： デイサービスセンターあい

管 理 者： 曹 涼一

＜説明者＞

所 属： デイサービスセンターあい

氏 名： 曹 涼一

**私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護サービスについて、  
重要事項の説明を受けました。**

＜利用者＞

氏 名

〔 ※利用者代理人（選任した場合） > 〕  
氏 名

**重要事項説明書に書かれている個人情報の使用について同意致します。**

＜家族、キーパソン＞      署名欄

日付      年      月      日