

# 通所介護重要事項説明書

令和6年6月1日現在

様

## 1 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 ながら医院
代表者名	理事長 長柄 均
所在地・連絡先	〒812-0007 (住所) 福岡県福岡市博多区東比恵三丁目20-1 (電話) 092-411-2358 (FAX) 092-411-2557

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	医療法人ながら医院 デイサービスながら
所在地・連絡先	(住所) 〒812-0888 福岡市博多区板付二丁目13-28 (電話) 092-572-6633 (FAX) 092-572-6715
事業所番号	4070902178
管理者の氏名	佐藤 美千代
利用定員	50名 ※利用者数によって介護職員 変動あり

### (2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	職務の内容
管理者	1	管理運営（職員統括・苦情処理対応・相談等）
生活相談員	1以上	相談業務（生活・介護相談）
介護職員	2以上	介護業務（トイレ・入浴・食事等の日常生活動作の支援・介助）
看護職員	1以上	看護業務（血圧・脈拍・体温等の健康管理）
機能訓練指導員	1以上	機能訓練業務（体操・日常生活動作訓練等）

### (3) 事業の実施地域

事業の実施地域	博多区、大野城市（御陵中）、春日市（春日中・春日北中校区）
---------	-------------------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

### (4) 営業日・サービス提供時間

営業日	サービス提供時間／営業時間
月曜日～金曜日（祝日含む） ※年末年始は休み	9:30～16:45／8:30～17:30

### 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

##### サービス内容

種 類	内 容
食 事	栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者様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。 入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	ご利用者様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。
口 腔 ケ ア	ご利用者様の状況に応じて適切な口腔（歯みがき）の介助を行います。歯の状態の把握を行います。
集団体操・生活リハビリ	体調にあわせて、全身の運動を行います。 また、洗濯物たたみや洗濯物干し、おしぼりまるめなど、日常生活の中で体を動かしていただきます。
レクリエーション	ご利用者様の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
物忘れ予防	楽しみながら昔のことを思い出したり、計算・連想することによって、頭を使っただきます。
健 康 チェ ッ ク	血圧測定等ご利用者様の全身状態の把握を行います。
相 談 及 び 援 助	ご利用者様とそのご家族様からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から事業所までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

費用

・通常規模型通所介護

通所介護費（1回につき）	単位 数	5級地		
		単価：10.45円		
		利用者負担額(円)		
		1割	2割	3割
<b>① 所要時間 3時間以上4時間未満の場合</b>				
要介護1	370	387	773	1159
要介護2	423	442	884	1326
要介護3	479	500	1000	1500
要介護4	533	557	1113	1670
要介護5	588	614	1228	1843
<b>② 所要時間 4時間以上5時間未満の場合</b>				
要介護1	388	405	810	1216
要介護2	444	464	927	1391
要介護3	502	525	1049	1573
要介護4	560	585	1170	1755
要介護5	617	645	1289	1934
<b>③ 所要時間 5時間以上6時間未満の場合</b>				
要介護1	570	593	1191	1786
要介護2	673	703	1406	2109
要介護3	777	812	1623	2435
要介護4	880	920	1839	2758
要介護5	984	1028	2056	3084
<b>④ 所要時間 6時間以上7時間未満の場合</b>				
要介護1	584	610	1220	1830
要介護2	689	720	1440	2160
要介護3	796	832	1663	2495
要介護4	901	942	1883	2824
要介護5	1008	1053	2106	3159
<b>⑤ 所要時間 7時間以上8時間未満の場合</b>				
要介護1	658	688	1375	2062
要介護2	777	812	1623	2435

要介護 3	900	941	1881	2821
要介護 4	1023	1069	2138	3207
要介護 5	1148	1200	2399	3598
⑥ 所要時間 8時間以上9時間未満の場合				
要介護 1	669	699	1398	2097
要介護 2	791	827	1653	2479
要介護 3	915	956	1912	2868
要介護 4	1041	1088	2175	3263
要介護 5	1168	1221	2441	3661
・入浴介助加算（1日につき）	40	42	84	125
・生活機能向上連携加算	200	209	418	627
・個別機能訓練加算Ⅰ	56	59	117	176
・個別機能訓練加算Ⅱ	85	89	178	266

(※ 入浴のサービスを提供しなかった場合は、加算致しません。)

・介護職員等処遇改善加算Ⅰ（1月につき）	介護報酬総単位数 × 8.0% × 10.45 円

・その他

食費(1日)：650円
おやつ代：80円
オムツ代：100円程度

- ・送迎は介護給付料金に含まれます。
- ・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、ご利用者様の居宅サービス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。
- ・介護保険給付の範囲を超えたサービス利用料金は、事業者が別に設定し、全額がご利用者様の自己負担となりますのでご相談下さい。

(2) 介護保険給付対象外サービス（上記表『その他』）

- 食費 650円（食材料費・調理コストに係わる費用）
- おやつ代 80円
- おむつ代 別途100円  
おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。
- その他の費用  
通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、ご利用者様に負担していただくことが適当と認められる費用は、ご利用者様の負担となります。
- サービスの中止（キャンセル）及びサービスの変更  
ご利用者様がサービスの利用を中止される場合やサービスの変更を希望される場合は、すみやかに下記の連絡先まで、ご連絡下さい。

連絡先 092-572-6633（営業時間外、夜間、休日は転送電話対応となります。）

ご利用者様のご都合でサービスを中止される場合は、下記のキャンセル料がかかりますのでご了承下さい。ただし、ご利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合、キャンセル料は不要です。

時 間	キャンセル料
	無 料
利用日の当日	ご利用者様負担金の100%

毎月、12日までに前月分の請求をいたします。

口座振替もしくは現金にてお支払い下さい。(口座振替は毎月17日)

口座振替を希望される場合は、所定の用紙に記入し提出下さい。

口座振替確認及び現金でのお支払い時には、領収書を発行いたします。

## 4 事業所の特色等

### (1) 事業の目的

当デイサービスは、自立支援を基本原則にご利用者様の社会的孤立の解消、及び心身機能の維持並びにご家族様の精神的・身体的負担の軽減を図るために、ご利用者様に対して適切なサービスを提供する事を目的としています。

### (2) 基本理念

介護保険に基づき、介護の必要な方、在宅での生活でお悩みをお持ちの方々へ、デイサービスへ来ていただき、他のご利用者様との交流や、機能訓練、食事、入浴、クラフト、レクリエーションなどでお過ごし頂きます。デイサービスでお過ごしいただくことを機能訓練と考え、計画的にサービスを行い、要介護状態の軽減や悪化防止又は要介護状態にならないように支援していきます。

### (3) 運営方針

1. 通所介護計画に基づき、機能訓練やご利用者様が日常生活を営む上で必要な援助を行います。
2. サービスの提供内容（通所介護計画の目標・内容・利用日の行事や日課等）や提供方法をご利用者様にわかりやすく懇切丁寧に説明します。
3. 介護技術の進歩に対応した適切な介護技術によってサービスを行います。
4. 常にご利用者様の心身の状況を的確に把握し、相談援助や機能訓練などの必要なサービスをご利用者様の要望に沿って適切に行います。特に、認知障害のご利用者様には、特性に応じたサービス提供ができる体制を整えます。

### (4) その他

事 項	内 容
通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者・職員が、ご利用者様の直面している課題等を評価し、ご利用様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。 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）に記載してご利用様に説明のうえ交付します。

## 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 佐藤 美千代 ご利用時間 8：30 ～ 17：30 ご利用方法 電話 092-572-6633 面接（当事業所相談室）
福祉・介護保険課	福岡市博多区 419-1078
国民健康保険連合会（介護保険課）	092-642-7859

## 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、速やかにご利用者様の主治医、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へ連絡をします。

主治医	病院名	
	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	

市町村連絡先	市町村名	博多区役所
	住所	福岡市博多駅前2-9-13
	電話番号	092-441-2131

## 7 事故発生時における対応

ご利用者様が安心してサービスの提供を受けられるよう、サービス提供によって対人・対物などの事故が発生した時には、速やかな対応をいたします。

- (1) 事故対応マニュアルを作成し、あらかじめ従業員全員に周知徹底しています。
- (2) 損害賠償責任保険に加入していますので、賠償すべき事態となった場合には賠償いたします。
- (3) 事故が発生した際は、その原因を調査し、再発防止策を検討するために第三者的立場による意見を取り入れたり、原因を分析・解明・記録する等の体制ができています。
- (4) 事故が発生した際は、上記記載された主治医・ご家族様・各市町村へ連絡いたします。

## 8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。  
虐待防止に関する責任者 佐藤 美千代
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 9 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。			
5 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
	避難階段	あり	防火扉・シャッター	あり
	自動火災報知器	あり	消火器	あり
	誘導等	あり	ガス漏れ探知機	なし
	カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	福岡市博多消防署への届出日：令和元年5月23日 防火管理者：早川 武志			

## 1 0 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。
- 院内での喫煙はご遠慮ください。
- 他のご利用者様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。
- 施設内での他のご利用者様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。

### ●利用者及び利用者の家族等の禁止行為

- 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- 職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

## 1 1 サービス契約の終了

- 事業者は、次に掲げるいずれかの場合には、サービス契約を解除することができる。
- 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- 利用者又は利用者の家族からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシャルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき。

## 1 2 秘密の保持について

ご利用者様を担当する従業員は、正当な理由がない限り、サービス上知り得たご利用者様やご家族様の秘密を漏らしません。サービスを行うにあたり、ご利用者様やご家族様に関する個人情報を用いる必要がある場合には、目的等を説明し同意を得てから使用いたします。

## 1 3 介護サービス記録のご利用者様への開示

介護サービス内容につきましてご利用者様及びご家族様が情報の開示を求められれば、速やかに対応いたします。

## 14 第三者評価の実施の有無

なし

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、通所介護の重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	主たる事務所の住所	福岡市博多区板付二丁目13番28号
	事業者（法人）名	医療法人 ながら医院
	施設名	医療法人 ながら医院 デイサービスながら
	（事業所番号）	4070902178
	代表者氏名	理事長 長柄 均 印

説明者	職名	
	氏名	_____ 印

私は、通所介護の重要事項説明書に基づいて、説明を受け同意しました。

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
--	----	---------