

「指定通所介護」重要事項説明書
【デイサービスセンターかわら】

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 4079200368 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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	3
4. 職員の配置状況	4
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	5
6. 事故発生時の対応	7
7. 身体拘束の禁止	8
8. 虐待防止の為の措置	8
9. 苦情の受付について	8
10. 秘密保持	9
11. 個人情報の提供に関わる同意書	9
12. ICT に関わる同意書	9
13. 介護記録の家族閲覧機能（ケアコラボ）の利用申込書兼同意書	10
14. ホームページ及び広報活動への写真の使用に関わる同意	12

1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社よしなが
(2) 法人所在地 福岡県田川郡香春町大字柿下1302-1
(3) 電話番号 0947-32-8881
(4) 代表者氏名 代表取締役 吉 永 康 成
(5) 設立年月 平成16年8月2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19年9月1日指定 福岡県 4079200368 号
平成25年9月1日更新 福岡県 4079200368 号
令和 1年9月1日更新 福岡県 4079200368 号
※当事業所は、以下の加算対象サービスを実施しています。
①入浴介助
- (2) 事業所の目的 「デイサービスセンターかわら」は指定通所介護事業及び介護予防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、要介護状態又は要支援状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターかわら
- (4) 事業所の所在地 福岡県田川郡香春町大字柿下1302-1
- (5) 電話番号 0947-32-8882
- (6) 事業所長（管理者）氏名 中尾 扶美代
- (7) 当事業所の運営方針
1. 指定通所介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
 2. 事業者自らその提供する指定通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
 3. 指定通所介護の提供に当たっては、通所介護計画に基づき、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。
 4. 指定通所介護の提供に当たる従業者は、指定通所介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

5. 指定通所介護の提供に当たっては、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の提供を行う。
6. 指定通所介護は、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。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

(8) 開設年月 平成 19 年 9 月 1 日

(9) 利用定員 35 人 (通常規模型通所介護)

(10) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

[介護予防通所介護相当サービス] 令和 6 年 4 月 1 日指定 福岡県 4079200368 号

[訪問介護] 令和 1 年 9 月 1 日指定 福岡県 4079200376 号

[介護福祉用具] 平成 31 年 3 月 1 日指定 福岡県 4079200574 号

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 田川市・田川郡・直方市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日～土曜日及び祝日 但し 12 月 31 から 1 月 1 日までの日を除く
受付時間	月～土 8 時 30 分～17 時 30 分 祝日 8 時 30 分～17 時 30 分
サービス提供時間	月～土 9 時～17 時 祝日 9 時～17 時

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及び介護予防通所介護相当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	常勤換算	指定基準
1. 事業所長 (管理者)	1 名	1 名
2. 介護職員	4~5 名	4~5 名
3. 生活相談員	1 名	1 名
4. 看護職員	1 名	1 名
5. 機能訓練指導員	1 名	1 名

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間 ①8:30～16:30②8:30～17:30③8:00～17:00 原則として3～5名（16:30以降は1～2名）の介護職員が勤務します。
2. 生活相談員	勤務時間 8:30～17:30 8:00～17:00 原則として1名の生活相談員が勤務します。
3. 看護職員及び 機能訓練指導員	勤務時間 8:30～16:30 原則として1名の看護職員が勤務します。

☆日は休日となります。

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（契約書第4条参照）

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

☆加算対象サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

〈サービスの概要〉

☆共通的服务

①食事の介助（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

- ・ 食事の準備、介助を行います。
- ・ 当事業所では、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況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）

11:30～12:30

②排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

③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

事業所実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額の1割（一定以上の所得者2割又は3割）を追加料金としてご負担いただきます。

● 入浴介助

入浴介助又はシャワー浴を行います。

〈サービス利用料金（1回あたり）〉（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、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。（利用料金は、ご契約者の要介護度及び一定以上の所得者2割・3割負担により異なります。）

☆共通的服务（提供時間により利用料金の設定あり）1割負担の場合

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 5,700 円	要介護2 6,730 円	要介護3 7,770 円	要介護4 8,800 円	要介護5 9,840 円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,130 円	6,057 円	7,000 円	7,920 円	8,856 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	570 円	673 円	770 円	880 円	984 円

☆通所介護同一建物減算（「ケアポートかわら」に居住の方）1割負担の場合

- ・サービス利用料金は、1回の利用につき－940 円の減算となります。
- ・自己負担額は、1回の利用につき－94 円の減算となります。

☆加算対象サービス

以下のサービスを利用される場合には、それぞれ料金が上記に加算されます。

（1割負担の場合）

1. 加算対象サービスとサービス利用料金	①入浴介助 400 円
2. うち、介護保険から給付される金額	360 円
3. サービス利用に係る自己負担一す額（1－2）	40 円

☆介護職員処遇改善加算

厚生労働省が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対し、指定通所介護を行った場合に、以下の加算があります。

加算名	加算額	自己負担額
介護職員処遇改善加算 新加算Ⅱ	算定した額の 9.0%に当たる額	左記金額の 1 割・2 割・3 割

☆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に係る費用は別途いただきます。（下記（２）①参照）

☆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（契約書第 5 条、第 6 条参照）

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食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1 回あたり 450 円

②小旅行

利用料金：食事代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 枚につき 10 円

☆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（契約書第 6 条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、１か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 10 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（１か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア．下記指定口座への振り込み	
北九州銀行	本店 普通預金 6216429 株式会社よしなが
イ．又は毎回現金にてお支払いいただきますので、よろしくお願いします。	

（４）利用の中止、変更、追加（契約書第 7 条参照）

- 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、変更、又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に出してください。
- 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 50% (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. 事故発生時の対応

当該事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防通所介護サービスを提供する際に発生した事故については、次の順序にて迅速に対応します。

1. 事故当事者の安全確保を最優先に行う。
2. 医療機関等（消防、病院または主治医）へ連絡する。
3. 2 次災害の恐れがある場合の安全確保。
4. 関係者（家族等）および関係機関（行政監督庁等）へ連絡する。
5. 状況を詳しく把握した上での、全体としての事故防止対策

7. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

8. 虐待防止の為の措置

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の設置を講ずるよう努めるものとする。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修実施

9. 苦情の受付について（契約書第 20 条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 管理者 氏名 中尾 扶美代

○受付時間 毎週月曜日～土曜日

8：30～17：30

また、苦情受付ボックスを受付カウンターに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

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・FAX 092-642-7800・092-642-7852 受付時間 9:00～17:00
福岡県介護保険広域連合 田川・桂川支部	所在地 福岡県田川市新町 1 8－7 電話番号・FAX 0947-49-1093・0947-49-1097 受付時間 9:00～17:00
福岡県運営適正化委員会	所在地 福岡県春日市原町 3 丁目 1－7 電話番号・FAX 092-915-3511・092-584-3354 受付時間 9:00～17:30
糸田町役場 福祉課	所在地 福岡県田川郡糸田町 1 9 7 5－1 電話番号・FAX 0947-26-1241・0947-26-1651 受付時間 9:00～17:00

赤村役場 住民課	所在地 福岡県田川郡赤村大字内田 1 1 8 8 番地 電話番号・FAX 0947-62-3000・0947-62-3007 受付時間 9:00～17:00
香春町役場 保険健康課 高齢者支援係	所在地 福岡県田川郡香春町大字高野 9 9 4 番地 電話番号・FAX 0947-32-8401・0947-32-4815 受付時間 9:00～17:00

○第三者評価は実施しておりません。

10. 秘密保持

①当事業所は、サービスを提供するうえで知りえた利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者または第三者の生命・身体などに危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、第三者に漏らすことはありません。

②あらかじめ文章により利用者及びその家族から同意を得た場合は、前項にかかわらず情報を提供することができます。

11. 個人情報の提供に関わる同意書

利用者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より必要最小限の範囲内で使用することもあります。

- ① 医療上、緊急の必要性がある場合、医療機関等に個人に関する心身の状況等の情報を提供すること、並びに付随して家族の情報を提供すること。
- ② 介護計画作成及び見直し等を行うサービス担当者会議等において、個人に関する心身状況等の情報を提供すること、並びに付随して家族の情報を提供すること。
- ③ その他のサービスの質の向上を目的とした会議等のために、個人及び家族の情報をを用いること。

<個人情報の提供に関わる事業所の遵守事項>

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外に情報が漏れないよう細心の注意を払います。
- ② 当事業所は、提供の同意を得た資料を厳重に管理し、適正な保管に努めます。

12. ICTに関わる同意書

当事業所を利用される方の情報はインターネットを介して共有されます。

ID（会員番号）とパスワード（暗証文字）を入力しないとアクセス（情報閲覧）することが出来ないセキュリティ（安全性）が厳重に管理されたサーバー（保管

場所）内に保管されます。

情報はクラウドシステム（遠方安全保管装置）を利用して保管されるため、事業所関係者がパソコンやスマートフォンにて閲覧したとしても個人情報が残ることはありません。

この情報を共有するものは、業務に関わる関係者に限定され、それ以外の人間が情報を知りえることはありません。また、本人様やご家族より申し出があった場合には必要に応じて文章の交付その他の適切な方法により情報の提供を行います。

13. 介護記録の家族閲覧機能（ケアコラボ）の利用申込書兼同意書

介護記録の家族閲覧機能（以下「ケアコラボ」といいます）について以下項目に同意の上、利用を申込みます。

- 1) ケアコラボが閲覧できる「家族等」は法人により判断させていただきます。福祉サービス利用者の最善の利益を保障するため、家族や親族であってもケアコラボの利用を許可しない又は、中止する場合があります。
- 2) 福祉サービス利用者自身がケアコラボにより、家族等に記録等を閲覧させたくない意思表示したときは、家族等に事前に予告なくケアコラボの利用を許可しない又は、中止する場合があります。
- 3) 家族等が閲覧できる介護記録（写真や動画も含む）は介護職員が「家族に公開」を選択し、記録したものになります。（すべての記録が見えるわけではありません）
- 4) 介護記録以外に、バイタル情報やケアプラン、人生録なども閲覧することが出来ます。人生録については編集も可能です。
- 5) 介護記録等の所有権は法人に帰属します。家族等が編集した人生録についても同様です。
- 6) 介護記録等は、施設が利用を承諾した家族等以外に許可なく公開・閲覧させることはできません。
- 7) ケアコラボの閲覧によって知り得た法人職員の氏名や他の福祉サービス利用者の情報を、第三者に公開、開示、閲覧させることはできません。

8) ケアコラボにログインするためのID及びパスワードを第三者に開示したり共有することはできません。6)から8)のいずれかが判明したときは利用を中止します。

9) ケアコラボを利用する家族等の氏名、メールアドレスまたは電話番号を変更した場合は、当該家族等が法人に通知してください。通知がされなかったことによる責任を法人は負いません。

10) 法人の提供する福祉サービス利用者の氏名や画像は、ほかの福祉サービス利用者の介護記録に記録され保存されることがあります。

11) 重要な連絡や緊急を要する連絡は、ケアコラボの機能により行うことはできません。職員が閲覧するまでに時間差が生じることがあります。電話など予め用意された別の手段でご連絡下さい。

12) 規約や利用上のルールは予告なく変更されることがあります。

介護記録の家族閲覧機能を利用する方の氏名		続柄	
メールアドレス			
電話番号（携帯電話）			

介護記録の家族閲覧機能を利用する方の氏名		続柄	
メールアドレス			
メールアドレス			

令和 年 月 日

ケア記録閲覧利用者名 _____ 様

14. ホームページ及び広報活動への写真の使用に関わる同意

当法人は、法人及び事業所の各種活動や取り組みにおいて、広報や宣伝をはじめ広く情報を発信するにあたり、利用者様・ご家族様の写真（顔写真含む）を使用させて頂く場合があります。

「個人情報に係る同意」において、サービス提供等に関しての個人情報の使用について同意をいただいておりますが、写真は肖像権を含む重要なプライバシーであることから、
本説明において利用者様・ご家族様の写真の使用についての同意を頂きたくご説明します。

【写真を使用させていただく場合が想定されるもの】

- 1・事業所における利用者様及びご家族様等への通信（ケアコラボ内の集合写真等）
- 2・法人・事業所のパンフレット
- 3・法人・事業所の広報活動（ホームページ・Instagram等）
- 4・法人・事業所の関係協力機関（主治医、薬局、訪問看護等）の連携
- 5・上記1～4に付属する紙媒体又は電子媒体での広報宣伝

*写真を掲載させて頂く際には利用者様・ご家族様の氏名が特定されることがないように配慮します、

*同意を頂いた利用者様・ご家族様の写真を使用する際に、写真仕様の同意を頂いてない方が含まれる場合は、同意を頂いてない方が特定されることがないように加工する等の配慮を致します。

*本説明の同意の有無は、法人事業所のサービス利用契約及びサービス提供に影響を与えません

法人内・利用者様・ご家族様への写真使用について （ 同意 ・ 同意しません）
法人外の広報活動・ホームページなどでの使用について （ 同意 ・ 同意しません）

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定通所介護事業者 株式会社よしなが

指定通所介護事業所 デイサービスセンターかわら

説明年月日 令和 年 月 日

説明者職名 () 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護・介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者名 _____ 様

(事業所)

デイサービスセンターかわら

〒822-1404 福岡県田川郡香春町大字柿下 1302-1

管理者 中尾扶美代