

地 域 密 着 通 所 介 護

指定介護予防通所介護

第 1 号通所介護

(介護予防型通所サービス)

重 要 事 項 説 明 書

株式会社 エルエス

デイサービスセンターハーモニー

当事業所はご利用者に対して指定通所介護及び指定介護予防通所介護サービス及び第1号通所事業（介護予防型通所サービス）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、契約上のご注意を頂きたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則要介護認定の結果「要支援」・「要介護」・「事業対象者」（以下、「要介護状態」とする）と認定された方々が対象となります。要介護認定をまだ受けておられない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 株式会社 エルエス |
| (2) 代表者名 | 土井 英敏 |
| (3) 法人所在地 | 福岡県福岡市南区井尻1丁目17番1号 |
| (4) 電話番号 | 092-558-5216 |
| (5) 設立年月 | 平成20年11月7日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護及び指定介護予防通所介護
平成21年5月1日指定
第1号通所事業
平成29年4月1日指定
福岡県 第 4070903069 号 |
| (2) 事業所の名称 | デイサービスセンターハーモニー |
| (3) 事業所の所在地 | 福岡市南区井尻1丁目17番1号 |
| (4) 電話番号 | 092-588-5277 |
| (5) 事業所長名 | 井尻 奈緒美 |
| (6) 通常の事業実施地域 | 福岡市・春日市 |
| (7) 年1回「介護サービス情報報告」は行っていますが、「第三者評価」は行っておりません。 | |

3. 事業の目的及び運営方針

<事業の目的>

要介護状態になったご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、通所介護計画に基づく日常生活上の世話や介護その他必要な援助を行なうことによって、ご利用者の社会的孤立感の解消や心身機能の維持、その家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

<運営方針>

ご利用者の意思および人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ちながら、福岡市や他の保健医療サービス及び福祉サービスと提携し、地域との連携に努めます。明るくなごやかな雰囲気の中で、丁寧なサービスを心がけるとともに、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。

4. サービス提供可能な日と時間帯及び利用定員

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	9：00～17：30 ただし、1月1日～1月3日は休業日
サービス提供時間	9：30～16：45
利用定員	1日 18名

5. 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 ただし、1月1日～1月3日は休業日
営業時間	9：00～17：30

6. 事業所の職員体制

事業所の管理者	井尻 奈緒美
---------	--------

職 種	職 務 内 容	人員数
管理者	通所介護業務の統括	1名以上
介護職員	通所介護業務	4名以上
生活相談員	相談業務	1名以上
看護職員	健康管理業務	1名以上
機能訓練指導員	日常生活上の必要な機能訓練	1名 (非常勤)

7. 提供するサービスの内容と料金および利用料について

(1) 提供するサービスの内容について

サービスの種類	サービスの内容
入浴サービス	入浴の見守り 介助
給食サービス	施設内調理による食事の提供、見守り、介助等
生活指導	介護等についての相談、助言等
機能訓練レクリエーション	看護・介護職員等によるレクリエーション等
健康チェック	看護師等による健康チェック等
送迎サービス	ご自宅等への送迎車等による送迎

(2) 提供するサービス料金とその利用料について

介護報酬の告示上の金額（福岡市域適用額）とします。

※利用料金表は別表 1 に詳細記載

8. その他の費用について

① 食材費及び雑費

給食サービスで提供される食材費及び調理費用相当分は、1 食につき 610 円及びおやつ代 90 円、合計 700 円請求いたします。

② 交通費

利用者の居宅が通常の事業の実施地域以外の場合、交通費の実費を請求いたします。具体的には、1 kmにつき 20 円、及び有料道路費用。

③ レクリエーション・クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加される場合、利用料として、材料等の実費を請求いたします。また、活動記録の写真をプリントした場合は 1 枚につき 20 円を請求します。

④ 複写物の交付

ご利用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は実費をいただきます。1 枚につき 10 円。

⑤ キャンセル料

サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセル通知の時間によりキャンセル料を請求させていただきます。

○前日までのご連絡の場合、キャンセル料は不要です。

○ご連絡のない場合、当日の利用料金の 10 %（自己負担相当額）及び 1 食分として 700 円を請求いたします。

但し、利用者の病変、急な入院等の場合にはキャンセル料は請求いたしません。

9. 利用料、その他の費用の請求および支払方法について

①利用料、その他の費用の請求

○利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。

○請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月の10日以降1週間以内に利用者宛にお届けします。

②利用料、その他の費用に支払い

○サービス提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合の上、請求月の27日までに、現金払いによりお支払いください。

○お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

※利用料、その他の費用の支払いについて、支払期日から2か月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことになります。

10. サービス提供記録について

①提供したサービスについては、その都度「サービス提供記録」に記録し、その控えを利用者に交付します。

②また、この記録は5年間保存することとします。

11. 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

②個人情報の使用・提供に関する注意事項について

事業者は前項の規定にかかわらず、利用者及び家族の個人情報を以下のために、必要最小限の範囲内で使用、提供、または収集します。

○利用者に関わる居宅サービス計画及び通所介護計画の立案や円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議での情報提供。

○介護支援専門員とサービス事業所との連絡調整。

○利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医の意見を求める必要がある場合。

○利用者の容態の変化にともない、緊急連絡を必要とする場合。

③個人情報に関する情報共有に必要な書類例は以下のとおり

必 要 書 類 例	
①介護保険被保険者証	⑥減額証
②アセスメント書類	⑦サービス提供記録
③居宅サービス計画	⑧身体障害者手帳
④経過報告書	⑨診断書
⑤主治医の意見書等	⑩通所介護計画

④個人情報の使用及び提供期間は、サービス提供の契約期間に準じます

1 2. 緊急時、事故発生時の対応について

サービス提供中にご利用者に病状の急変など緊急の事態や事故が発生した場合は速やかにご利用者の家族・市町村・主治医等に連絡するとともに、あらかじめ指定する連絡先にも連絡し、救急治療あるいは救急病院などの必要な措置を講じます。

また、当事業所が利用者に対して行った通所介護サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。

主 治 医	ご利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所 在 地	
	電話番号	
家 族 等	緊急連絡先ご家族	
	住 所	
	電話番号	

1 3. サービス提供に関する相談・苦情について

<事業所の窓口>

株式会社 エルエス 所在地 福岡市南区井尻1丁目17番1号
担当：井尻 奈緒美 電話番号 092-588-5277
FAX 番号 092-588-5278
受付時間 午前9時～午後5時30分

<市町村の窓口>

南区保健福祉センター 電話番号 092-559-5125
福祉・介護保険課

<公的機関の窓口>

国民健康保険団体連合会 電話番号 092-642-7859
福岡県社会福祉協議会内 電話番号 092-554-1039
東 区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092) 645-1069 (直通)
博多区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092) 419-1081 (直通)
中央区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092) 718-1102 (直通)
南 区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092) 559-5125 (直通)
城南区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092) 833-4105 (直通)
早良区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092) 833-4355 (直通)
西 区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092) 895-7066 (直通)
春日市 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092) 584-1122 (直通)

1 4. 相談・苦情解決の体制及び手順

苦情又は相談があった場合には、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に関する問題点を把握した上で検討を行い、再発防止の対策を決めていきます。対応内容に基づき必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

15. 事業所の取り組みについて（安全・権利擁護）

当事業所では、ご利用者様の尊厳の保持と安全確保のため、以下の取り組みを行っております。

【高齢者虐待防止】

虐待の発生または再発を防止するため、委員会の開催、指針の整備、職員研修の実施等を行っております。

虐待に関する責任者	管理者：井尻奈緒美
-----------	-----------

【身体拘束等の適正化】

身体拘束等の適正化を図るため、委員会の開催、指針の整備、職員研修の実施を行い、やむを得ず身体拘束を行う場合には、必要性・期間等を十分に検討し、適切な手続きを行います。

【ハラスメント防止】

職場におけるハラスメント防止のため、相談体制の整備および職員への周知・研修を実施しております。

【運営推進会議】

サービスの透明性の確保および質の向上を目的として運営推進会議を設置しています。また、地域住民の代表者、ご利用者様・ご家族様、関係機関等の参加のもと定期的（おおよそ半年に1回）に開催しております。

なお、会議録はご希望に応じて閲覧できるようにしています。

当施設ご利用の際に留意していただく事項

＜施設内設備・器具の利用＞

施設内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。

＜喫煙＞

基本的に禁煙となります

＜迷惑行為等＞

騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他のご利用者の私的なことに立ち入らないようにして下さい。

＜金銭・貴重品・食べ物の管理＞

原則として持ち込みはご遠慮願います。金銭・貴重品・私物に関するトラブルが発生した場合は、当施設では責任を負いかねます。また、衛生管理上、食べ物のやり取りは禁止いたします。ご利用の際、必要に応じて所持品内容のチェックをご了解のもとにさせていただくことがあります。

＜宗教活動・政治活動＞

施設内で他のご利用者に対する宗教活動・政治活動はご遠慮願います。

＜利用者の体調＞

ご利用者の体調が不良の際は、ご利用をご遠慮いただきます。

個人情報使用同意書

私（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により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的

- ①利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者の連絡調整等において必要最小限の範囲内の利用者及びご家族の個人情報が必要な場合
- ②利用者が介護サービスを受けるに当たって主治医からの医学的指示が必要な場合
- ③他の医療機関や居宅介護支援事業者へ提供する場合
- ④学会等において研究目的で使用する場合
（但し、氏名・年齢・住所は、公表いたしません）
- ⑤第三者評価や情報公開を行う機関等において使用する場合
- ⑥当施設広報誌や活動アルバム、レクリエーション活動報告をする場合
（写真掲載を含む）

2 使用する期間

令和_____年_____月_____日から契約解除の申し出があるまで

3 条 件

- ①個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ②個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

送迎について

安全・円滑な送迎を提供させていただくために今一度、ご利用者様及びご家族様に当施設の運営規程を理解していただき、ご協力していただきますよう宜しくお願い致します。

- ① 原則として玄関の中まで送迎致します。ご利用者様の身体的・環境的等の諸事情がある場合はご利用者様及びご家族様と話し合いを行い、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。ご自宅の中でお待ちいただきます様、お願い致します。
- ③ お迎えの時間は契約時に設定いたしました通りの時間です。交通事故・道路事情などで15分以上遅れる場合は施設よりご自宅へ電話連絡を致します。15分以内の遅れに関しましてはご容赦下さい。
- ④ 送迎車へ乗車時は、全座席シートベルトをご着用ください。
- ⑤ 送迎職員到着後、体調不良などを除き準備が出来ていない場合は長時間お待ちすることはできません。
他の利用者様にもご迷惑をおかけしますので送迎時間までにご準備をお願い致します。

スムーズで安全な送迎を行うために上記の点をご理解いただき、ご利用者様・ご家族様のご協力をお願い致します。

(別表 1-1)

デイサービスセンターハーモニー 利用料

1. 介護保険請求金額内訳

(1)-1 介護サービス 地域通所介護 (7 時間以上 8 時間未満)

介 護 度	単 位	費用総額 (保険対象分)	保険給付額	利用者負担 (保険対象外)
要介護 1	753	7,868	7,081	787
要介護 2	890	9,300	8,370	930
要介護 3	1,032	10,784	9,705	1,079
要介護 4	1,172	12,247	11,022	1,225
要介護 5	1,312	13,710	12,339	1,371

(1)-2 介護サービス 地域通所介護 (6 時間以上 7 時間未満)

介 護 度	単 位	費用総額 (保険対象分)	保険給付額	利用者負担 (保険対象外)
要介護 1	678	7,085	6,376	709
要介護 2	801	8,370	7,533	837
要介護 3	925	9,666	8,699	967
要介護 4	1,049	10,962	9,865	1,097
要介護 5	1,172	12,247	11,022	1,225

(1)-3 介護サービス 地域通所介護 (5 時間以上 6 時間未満)

介 護 度	単 位	費用総額 (保険対象分)	保険給付額	利用者負担 (保険対象外)
要介護 1	657	6,865	6,178	687
要介護 2	776	8,109	7,298	811
要介護 3	896	9,363	8,426	937
要介護 4	1,013	10,585	9,526	1,059
要介護 5	1,134	11,850	10,665	1,185

(1)-4 介護サービス 地域通所介護 (4 時間以上 5 時間未満)

介 護 度	単 位	費用総額 (保険対象分)	保険給付額	利用者負担 (保険対象外)
要介護 1	436	4,556	4,100	456
要介護 2	501	5,235	4,711	524
要介護 3	566	5,914	5,322	592
要介護 4	629	6,573	5,915	658
要介護 5	695	7,262	6,535	727

(別表 1-2)

(1)-5 介護サービス

地域通所介護 (3 時間以上 4 時間未満)

介 護 度	単 位	費用総額 (保険対象分)	保険給付額	利用者負担 (保険対象外)
要介護 1	416	4,347	3,912	435
要介護 2	478	4,995	4,495	500
要介護 3	540	5,643	5,078	565
要介護 4	600	6,270	5,643	627
要介護 5	663	6,928	6,235	693

(1)-6 介護サービス

地域通所介護 (2 時間以上 3 時間未満)

介 護 度	単 位	費用総額 (保険対象分)	保険給付額	利用者負担 (保険対象外)
要介護 1	305	3,187	2,868	319
要介護 2	351	3,667	3,300	367
要介護 3	396	4,138	3,724	414
要介護 4	440	4,598	4,138	460
要介護 5	487	5,089	4,580	509

(1)-8 加算費用

サービス内容	単 位	費用総額 (保険対象分)	保険給付額	利用者負担 (保険対象外)
入浴介助 I	40	418	376	42
中重度者ケア 体制加算	45	470	423	47

・介護職員処遇改善加算 (Ⅱロ)

基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率 (通所介護は 12.5%) を乗じた単位数で算定します。当該加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外されますが、利用者負担金は発生いたします。

・中重度者ケア体制加算

当事業所では、中重度の要介護者の受け入れ体制を確保し、適切なケアを提供するため、体制を整備しており、本加算を算定しています。

看護職員の配置や介護職員との連携により、ご利用者様の状態に応じたケアを実施しています。

(別表 1-3)

(1)-8 減算費用

・地域通所介護同一建物送迎減算

地域通所介護事業所と同一建物に居住する利用者について、真に送迎が必要な場合を除き、地域通所介護は所定単位数から 94 単位／日を減じた単位数で

算定します。

・地域通所介護送迎減算

地域通所介護事業所が送迎を行わない場合は地域通所介護は所定単位数から 47 単位／片道を減じた単位数で算定します。

(2) 介護予防型通所介護

介護度	単位	費用総額 (保険対象分)	保険給付額	利用者負担 (保険対象外)
事業対象者・要支援 1	1,798／月	18,789	16,910	1,879
要支援 2	3,621／月	37,839	34,055	3,784

(2) - 2 加算費用

・介護職員処遇改善加算（Ⅱロ）

基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率（通所介護は 12.5%）を乗じた単位数で算定します。

当該加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外されますが、利用者負担金は発生いたします。

(2) - 3 減算費用

・介護予防型通所サービス送迎減算

介護予防型通所サービス事業所と同一建物に居住する利用者について、真に送迎が必要な場合を除き、事業対象者・要支援 1 の方は所定単位数から 376 単位／月、要支援 2 の方は所定単位数から 752 単位／月を減じた単位数で算定します。

(別表 1－4)

2. その他の費用

費 目	徴収額	備 考
1)食事代	7 0 0 円	おやつ代込み
2)おやつ代 (午後からの利用者のみ)	9 0 円	おやつのための提供時
3)おむつ・パット代	実 費	使用されるものの実費
4)レクリエーション (季節行事) 写真プリント代等	実 費	ご利用になられた実費
5)通常事業の実施地域以外の 地域に掛かる送迎の追加費用	20 円／k m	実施地域を超えて 1 k m につ き、20 円

デイサービスセンターハーモニー 通常の実業の実施地域 (送迎の実施地域)
通常の実業の実施地域 (送迎の実施地域) について次の通りです。

実施地域 (送迎の実施地域)
福岡市 ・ 春日市

上記以外の地域については別紙 1－4「2. その他の費用」の 5)の適応となります。

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日 令和 年 月 日

指定通所介護及び指定介護予防通所介護サービス及び第1号通所事業の
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。

<事業者>

所在地 福岡県福岡市南区井尻1丁目17番1号

法人名 株式会社 エルエス

代表取締役 土井 英敏 印

事業所名 デイサービスセンターハーモニー

説明者署名 _____ 印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

ご家族 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との関係（ ）

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との関係（ ）