

# 重要事項説明書

## 1 地域密着型通所介護・長崎市介護予防通所介護相当サービスの目的及び方針

### (1) 事業の目的

利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、地域密着型通所介護・長崎市介護予防通所介護相当サービスを提供するにあたり計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。

### (2) 運営の方針

運営方針は、次に掲げるところによるものとする。

- ①地域密着型通所介護は、長崎市介護予防通所介護相当サービス（以下「通所介護等」という）利用者の要介護状態（要支援状態）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通所介護等の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
- ③通所介護等の提供に当たっては、通所介護計画、長崎市介護予防通所介護相当サービス計画書に基づき、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通所介護等の提供に当たる従業者は、通所介護等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通所介護等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通所介護等は、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沿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。
- ⑦通所介護等の提供に当たっては、地域住民や居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努める。

## 2 地域密着型通所介護・長崎市介護予防通所介護相当サービスの概要

### (1) 事業所の概要

|           |  |
|-----------|--|
| 事業所名      | 社会福祉法人春幸会 デイサービス なの花   |
| 所在地       | 長崎県 長崎市 さくらの里2丁目27番22号   |
| 電話番号      | 095-840-1777   |
| FAX番号     | 095-840-1788   |
| 介護保険指定番号  | 4270108238   |
| サービス提供地域* | ①長崎市 ・三京町、京泊、多以良、畝刈町、畦町、檜山町、三重町、三重田、永田町、上・下黒崎町、西・東出津町、新牧野町<br>・滑石、北陽町、横尾、葉山、大宮町、大園町、虹ヶ丘町、岩屋町<br>・見崎町、相川町、式見町、向町、四杖町、手熊町、上浦町、<br>・西海町、琴海村松町、琴海戸根町 |

\*上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 当事業所の職員体制(令和7年4月1日現在)

| 職 種     | 常勤 | 非常勤 | 兼務の別       | 合計 | 職務の内容     |
|---------|----|-----|------------|----|-----------|
| 管理者     | 1名 |     | 併設事業の管理者兼務 | 1名 | 事業の一元的な管理 |
| 生活相談員   | 2名 | 0名  | 生活相談員兼介護職  | 2名 | 生活指導その他   |
| 看護職員    | 0名 | 0名  |            | 0名 | 看護その他     |
| 介護職員    | 3名 | 2名  |            | 0名 | 介護その他     |
| 機能訓練指導員 | 0名 | 1名  | 看護職兼務      | 1名 | 機能訓練指導その他 |
| その他の職員  |    |     |            |    |           |

### (3) 当事業所の設備の概要

|          |             |     |                               |
|----------|-------------|-----|-------------------------------|
| 定 員      | 10名(介護予防含む) | 相談室 | 22.80㎡                        |
| 食堂兼機能訓練室 | 107.42㎡     | 送迎車 | 4台                            |
| 静養室      | 10㎡         | その他 | 交互滑車運動器、ホットパック、メドマー、ウォーターベット他 |
| 浴 室      | 一般浴槽(特浴あり)  |     |                               |

### (4) 営業日・営業時間及びサービスの提供時間

|        | 営業時間                        | サービス提供時間   |
|--------|-----------------------------|------------|
| 月曜～土曜日 | 8:30～17:30                  | 9:40～15:50 |
| 休業日    | 8月14日～15日及び12月31日～1月3日までの期間 |            |

## 3 サービスの内容

- ① 介護サービス
- ② 生活指導
- ③ 健康状態の確認
- ④ 個別機能訓練(運動器機能向上訓練)
- ⑤ 口腔機能向上訓練
- ⑥ アクティビティ
- ⑦ 送迎サービス
- ⑧ 給食サービス
- ⑨ 入浴サービス

#### 4 料金体系(目安)

##### (1) 地域密着型通所介護費

(6時間以上～7時間未満)

| 要介護状態区分                           | 要介護度1  | 要介護度2  | 要介護度3  | 要介護度4  | 要介護度5  |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 介護保険適用時の<br>1日当たりの<br>自己負担額(1割負担) | 687円   | 812円   | 937円   | 1,63円  | 1,188円 |
| 2割負担                              | 1,374円 | 1,624円 | 1,874円 | 2,126円 | 2,276円 |
| 3割負担                              | 2,061円 | 2,436円 | 2,811円 | 3,189円 | 3,564円 |

##### (2) 地域密着型通所介護における加算サービスの利用料金 (日額 1割分記載)

| 項目              | 介護保険適用時の1日当たりの自己負担額 |  |
|-----------------|---------------------|--|
| 入浴介助加算 I        | 41円                 | 入浴介助を行った場合                             |
| 介護職員等処遇改善加算 I   | 加算あり                | 介護職員の処遇改善措置を実施。算定した単位数の9.2%を加算         |
| 認知症加算           | 61円                 | 認知症自立度Ⅲ以上の方のみ対象                        |
| サービス提供強化加算Ⅱ     | 18円                 | 介護従事者の専門性、定着、安定に関する体制強化加算              |
| 生活機能向上連携加算      | 201円                | 理学療法士等と共同しアセスメント、評価、機能訓練を実施            |
| 科学的介護推進体制加算     | 41円                 | 利用者ごとのADL、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等を厚生労働省へ提出   |
| 栄養アセスメント加算      | 51円                 | 多職種協働で栄養アセスメントを実施、家族、本人へ説明、厚生労働省へ提出    |
| 栄養改善加算          | 202円                | 低栄養の改善を目的に栄養相談等を実施する(対象者のみ)            |
| 口腔栄養スクリーニング加算 I | 21円                 | 6か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態についての情報を介護支援専門員へ報告  |
| 口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ  | 5円                  | 7か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態についての情報を介護支援専門員へ報告  |
| 口腔機能向上加算Ⅱ       | 152円                | 口腔機能改善管理指導計画書を作成し口腔機能向上できる支援を行う        |
| 口腔機能向上加算Ⅰ       | 162円                | 口腔機能改善管理指導計画書を作成し口腔機能向上できる支援を行厚生労働省へ提出 |
| ADL維持加算Ⅰ        | 31円                 | Barthel Indexを利用しADL値を測定厚生労働省へ提出       |
| ADL維持加算Ⅱ        | 62円                 | Barthel Indexを利用しADL値を測定厚生労働省へ提出       |
|                 |                     |  |
|                 |                     |  |

##### (3) 長崎市介護予防日常生活支援総合事業 現行相当予防通所介護費 (月額 1割分記載)

| 要支援状態区分                     | 要支援1<br>事業対象者<br>(週1回程度) | 要支援2<br>事業対象者<br>(週2回程度) |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 介護保険適用時の<br>1月当たりの<br>自己負担額 | 1,823円                   | 3,671円                   |

##### (4) 長崎市介護予防日常生活支援総合事業

現行相当予防介護予防通所介護における加算サービスの利用料金

| 項目            | 介護保険適用時の1月当たりの自己負担額 (1割分記載) |      |                                |
|---------------|-----------------------------|------|--------------------------------|
| 介護職員等処遇改善加算 I | 要支援1・要支援2とも                 | 加算あり | 介護職員の処遇改善措置を実施。算定した単位数の9.2%を加算 |
| 栄養改善加算        | 要支援1・要支援2とも                 | 202円 | 低栄養の改善を目的に栄養相談等を実施する(対象者のみ)    |
| 認知症加算         | 要支援1・要支援2とも                 | 61円  | 認知症自立度Ⅲ以上の方のみ対象                |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 要支援1                        | 73円  | 介護従事者の専門性、定着、安定に関する体制強化加算      |
|               | 要支援2                        | 115円 |                                |

(5) 通所介護等の食事提供サービスの利用料金

|    |               |
|----|---------------|
|    | 1日(食)当たりの利用料金 |
| 食費 | 600円          |

※利用キャンセルの場合、前日の午後5時までにご連絡がない時は食費を請求させていただきます。

(6) 特別な費用の徴収について

特別な費用が発生した場合は、その都度、利用者およびご家族との相談の上、決定します。

## 5 お支払方法

- ① お支払方法については、月末締め翌月支払いを原則として、下記のいずれかの方法を選択できます。  
現金 ・ 銀行振込(十八親和銀行に限ります) ・ 銀行引落 (十八親和銀行)
- ② 毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。  
お支払いを確認後、領収証を発行いたします。
- ③ 銀行振込の場合は、下記の口座へお振込みください。入金確認後、領収証を発行いたします。  
※振り込み手数料は、ご本人様のご負担でお願いいたします。

振込先

|                                |
|--------------------------------|
| 十八親和銀行 長崎漁港支店 口座番号(普通) 1020734 |
| 社会福祉法人春幸会 通所                   |

- ④ 銀行引落の場合は、手続き終了後からの引落となります。引落日は毎月26日となります。  
引落確認後、領収証を発行いたします。

## 6 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込下さい。当事業所職員がお伺いいたします。

\* 居宅サービス計画又は介護予防サービス・支援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等にご相談ください。

### (2) サービスの終了

- ① ご利用者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週間前までにお申し出ください。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合(やむを得ない事情が発生した場合等)は、終了1ヶ月前までに文書で通知します。

### ③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者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ご利用者様の要介護(要支援)認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

※この場合、条件が変更された場合、再度契約することができます。

- ・ご利用者様が亡くなられた場合

### ④ その他

・ご利用者様やご家族などが当事業所や当事業所の従業員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、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あります。

### (3) サービスの利用に当たっての留意事項

- ・体調不良等によるサービスの中止・変更等は、当日の午前8:30までにご連絡ください。
- ・体調不良等による食事キャンセル・変更等は、前日の午後5時までにご連絡ください。
- ・当事業所利用中の食事は、栄養管理及び衛生管理の面より、特別な事情がない限り事業所の提供する食事を摂取していただくことをご了承ください。

- ・所持品について、持ち物(特に衣類)には必ず氏名の記入をお願いいたします。
- ・原則として、貴重品(高額の現金等を含む)は持ち込まないようにお願いいたします。諸事情により持ち込まれる場合は、事務室(金庫)にお預けください。事業所内での紛失などに関して責任を負いかねる場合があります。
- ・ペットの持ち込みは、衛生上の問題によりご遠慮ください。
- ・事業所内で利用者が行う以下の行為を禁止します。
  - ①物品のセールスなどの営利行為
  - ②宗教の勧誘など
  - ③特定の政治活動
  - ④他の利用者への迷惑行為

## 7 苦情処理の体制・手順

### (1) 苦情受付窓口(担当者)の設置

ご利用者様及びご家族からの苦情や相談に対し、迅速かつ適切に対応するための苦情受付窓口(担当者)を設置し、担当者が速やかに処理体制・手順に従い対応いたします。

### (2) 当事業所の苦情、相談受付窓口

[苦情受付担当者] 川原 央孝 (施設長)

[苦情解決責任者] 山村 拓真 (事業部部長)

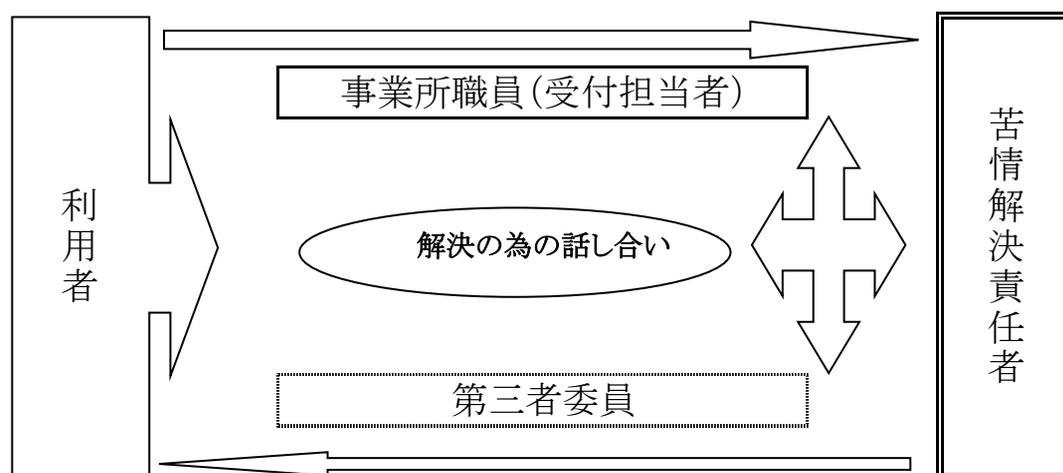
[電話・FAX] 095-840-1777 ・ 095-840-1788

[受付日] 月～土曜日(ただし、8月14日～15日及び12月31日～1月3日を除く)

[受付時間] 午前8:30～午後17:30

### (3) 苦情処理の体制・手順

- ・苦情・相談があった場合、直ちに担当者が当事者より事情を聞き取り、その内容を十分に理解する。
- ・苦情・相談については、必要に応じサービス提供担当者と協議する等、組織的に対応し、処理及び改善内容については、速やかに当事者へ報告する。
- ・苦情・相談の内容、対応の経過及び改善内容等は所定の台帳へ記録し、定期的に研修及びミーティングを行う等、組織的に再発防止に努めること。
- ・苦情処理フローチャート



(4) 行政機関その他苦情、相談受付機関

当事業所以外に、お住まいの市町村及び長崎県国民健康保険団体連合等の相談・苦情窓口にて苦情を伝えることができます。

|                |      |                        |
|----------------|------|------------------------|
| 長崎県国民健康保険団体連合会 | 所在地  | 長崎市 今博多町8-2            |
|                | 電話番号 | 095-826-1159           |
| 長崎市高齢者すこやか支援課  | 所在地  | 長崎市 桜町6-3              |
|                | 電話番号 | 095-829-1146           |
| 長崎県運営適正化委員会    | 所在地  | 長崎市茂里町3-24 県総合福祉センター2F |
|                | 電話番号 | 095-842-6410           |

## 8 事故発生時の対応

### (1) 事故防止委員会(担当者)の設置

サービス提供時における事故発生時に迅速且つ適切に対応するために事故防止委員会を設置し、発生した事故に対し速やかに対応いたします。

山川みどり (事故防止委員)

### (2) 緊急時・事故発生時の体制・手順

#### 1、身体状況(けが、骨折、容態の急変等)に関する場合

- (1) 当該サービス担当者が速やかに長崎新港診療所(施設嘱託医師)に連絡して医師の指示に従い対応するとともに、適切な応急手当の処置を講じること。緊急時の対応については研修などを行い全職員に周知・徹底を図る。

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| 長崎新港診療所(医師)池田 直実 | TEL 095-850-2822 |
|------------------|------------------|

- (2) 当該サービス担当者が速やかに当該利用者の家族に連絡する。
- (3) 当該サービス担当者が速やかに当該利用者の主治医に連絡する。
- (4) 当該サービス担当者が速やかに管理者へ客観的な事実内容の報告を行う。
- (5) 当該サービス担当者が速やかに事故報告書を作成し、事故防止委員会へ提出する。
- (6) 管理者は、必要な内容及び事実を社会福祉法人春幸会 理事長へ報告する。
- (7) 事故防止委員が提出された事故報告書を管理し、必要時及び定期的に研修又はミーティングを行う等、再発防止のための活動を組織的に行う。(ヒヤリハット報告書含む)
- (8) サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

#### 2、1以外に関する場合

- (1) 当該サービス担当者が速やかに管理者に報告して指示に従い対応する。
- (2) 当該サービス担当者又は管理者が、速やかに当該利用者の家族に連絡する。
- (3) 管理者が速やかに社会福祉法人春幸会 理事長へ客観的な事実内容の報告を行う。
- (4) 当該サービス担当者が速やかに事故報告書を作成し、事故防止委員へ提出すること。
- (5) 管理者、事故防止委員及び社会福祉法人春幸会が提出された事故報告書に基づいて組織的に協同して適切な処置を講じる。
- (6) 事故防止委員は提出された事故報告書を管理し、必要時及び定期的に研修又はミーティングを行う等、再発防止のための活動を組織的に行う。(ヒヤリハット報告書含む)
- (8) サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

## 9 非常災害対策

・事業所は、火災・地震・風水害等の非常災害に関して具体的な対処計画を立て、それらの非常災害に備えて定期的に避難・誘導・救出その他の必要な準備と訓練を実施する。

(職員及び利用者を含めた防火教育及び基礎訓練・総合訓練を年1回以上実施する)

[防火管理者] 美貴 泰治(介護支援専門員)

[火元責任者] 山川みどり(デイサービスなの花 生活相談員)

## 10 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、ご利用者様の医療上緊急性のある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者様又はご家族の個人情報を用います。

令和元年10月1日 改定

令和3年4月1日 改定

令和4年10月1日 改定

令和6年4月1日 改定

令和6年8月1日 改定

令和7年4月1日 改定

# 同意書

令和 年 月 日

地域密着型通所介護・長崎市介護予防通所介護相当サービス  
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。

## 事業所

所在地 長崎市さくらの里2丁目27番22号

名称 社会福祉法人春幸会 デイサービス なの花

説明者氏名 印

私は、本書面により事業者から地域密着型通所介護・  
長崎市介護予防通所介護相当サービスについての重要事項の説明を受け  
サービス提供開始に同意します。

利用者 住 所

氏 名 印

(代理人) 住 所

氏 名 印

## 緊急時の連絡先

|     |       |       |
|-----|-------|-------|
| ご家族 | 氏名    | (続柄)  |
|     | 連絡先   | (TEL) |
|     | 氏名    | (続柄)  |
|     | 連絡先   | (TEL) |
| 主治医 | 医療機関名 |       |
|     | 氏名    | (TEL) |

# 個人情報利用同意書

私及び私の家族の個人情報の利用については、下記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。

## 記

### 1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるに当たって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、ご利用者様の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に記載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

### 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

### 4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

社会福祉法人春幸会 デイサービス なの花 殿

利用者 住 所  
氏 名 印

(代理人)住 所  
氏 名 印