

通所介護事業及び介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）

重要事項説明書

あなた（利用者）に対する通所介護事業及び介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 御利用施設

施設の名称	シオンの園デイサービス 大和
施設の所在地	佐賀県佐賀市大和町大字久留間3865-1
総合施設長名	古 賀 理
電話番号	0952-62-4800
FAX番号	0952-62-1510

2. 事業の目的及び運営方針

（1）通所介護サービス

- 1 要介護状態となった場合において、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、利用者の社会的孤独感の解消及び心身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ります。
- 2 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- 3 事業を運営するに当たって、地域との結び付きを重視し、市町村等保険者、居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

（2）第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）

- 1 要支援者状態又は事業対象者となった場合においても、介護予防を目的とし、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支援世話及び筋力向上トレーニングや転倒予防の為の機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤独感の解消及び心身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ります。
- 2 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- 3 事業を運営するに当たって、地域との結び付きを重視し、市町村等保険者、地域包括支援センター、居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

3. 施設の概要

(1) 敷地・建物

敷 地		4, 0 9 3 m ²
建 物	構 造	耐火構造 1 F 階建
	延 べ 床 面 積	3 4 0 m ²

(2) 利用定員

通所介護サービス、介護予防通所介護相当サービス	4 0 名
-------------------------	-------

(3) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人当たりの面積
食堂	1 室	1 6 2 . 3 m ²	4 . 0 6 m ²
機能訓練室	1 室		
一般浴室	1 室	2 5 m ²	0 . 6 3 m ²
機械浴室	特殊浴槽	1 台	
静養室	1 室	計 3 3 0 m ²	
デイルーム	1 個所		

4. 職員体制

職員の職種	員数	区 分				事業者の 指定基準	保有資格者
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			1	1
生活相談員	3	1	2			1	3
介護職員	7	3	2	2		6	5
看護職員	3		1		2	1	3
機能訓練指導員	3		1		2	1	3

5. 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	休 暇
管理者	正規の勤務時間帯 8時 30分～17時 30分まで 常勤で兼務	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯 8時 30分～17時 30分まで 常勤で勤務	4週8休
介護職員	正規の勤務時間帯 8時 30分～17時 30分まで	4週8休
看護職員	正規の勤務時間帯 8時 30分～17時 30分まで	4週8休
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯 8時 30分～17時 30分まで 機能訓練指導日 週6日（毎週月曜日～土曜日）	4週8休

6. 営業日及び営業時間・利用の申込窓口

(1) 通所介護サービス・介護予防通所介護相当サービス

営業日	毎週月曜日から土曜日まで 但し、年末年始等、その他の状況により変更する事があります。
営業時間	午前 8時00分～午後5時30分まで
サービス提供時間	午前 9時15分～午後4時30分まで
利用申込窓口	当施設通所介護事業所 利用申込窓口担当 デイサービス大和 管理者 滝口 郁子 通所事業所 係長 鍋嶋 綾 電話番号 0952-62-4800

7. 事業の実施区域

事業の実施区域	佐賀市	小城市	神崎市
---------	-----	-----	-----

8. 施設のサービスの概要

(1) 通所介護サービス・第1号通所事業サービス

種 類	内 容
排泄	- 利用者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。 - おむつを使用する方に対しては、ご利用者の排尿パターンに合わせ随時交換を行います。 - 介助は鍛錬した職員が行います。
入浴	- 入浴前に入浴が可能かどうか健康チェックを必ず行います。 - 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です 特殊浴槽 1台 - 利用者の身体状況に応じて適切な入浴介助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、当施設の保有する器具を使って日常生活に必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を行います。
健康管理	- ご利用時に必ず健康チェック（血圧、脈、体温）を行います。 - 利用者の容態急変、救急、事故等の発生時は、健康管理に関する指針に基づき、敏速かつ的確に対処し、主治医あるいは協力医療機関等に引き継ぎます。 協力医療機関 中西内科 診療科目 内科
衛生管理	- 利用者の使用する施設、食器その他の設備は衛生上必要な措置を講じます。 - 当該事業を提供する場所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めます。

相談及び援助	当施設は、利用者及びご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 相談窓口担当 デイサービス大和 管理者 滝口 郁子 通所事業所 係 長 鍋嶋 綾
社会生活上の便宜	- 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 (クラブ活動・レクリエーション・行事などは自由参加です。) - 主な娯楽活動 クラブ活動 工作教室、習字教室、趣味活動 ティータイム 毎日 15:00 前後 (随時湯茶サービス) *クラブ活動によっては、活動費用を本人に負担していただく場合があります。 - 主なレクリエーション 年間施設行事計画に沿って実施します。誕生会・季節行事・運動会 レクリエーションによってはレクリエーション経費を本人に負担していただく場合があります。 - 行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及びご家族の状況によっては代行いたします。
送迎	原則として施設の車両により自宅まで送迎いたします。

(2)

(3) 介護保険・第1号通所事業外サービス

サービスの種別	内 容
食事	栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 食事時間 12:00～13:00
理・美容	毎月第3週(月曜日～木曜日)理・美容室の出張による理・美容サービスを利用することができます。
レクリエーション行事	施設行事に沿ってレクリエーション行事を企画します。

9. 利用料

(1) 法定給付

通所介護サービス

区 分	利 用 料
法定代理受領 の場合	介護報酬の告示上の額 通所介護(予防)サービス基準額の介護保険負担割合証に記載された 割合相当額 ※別紙記載
法定代理受領 でない場合	介護報酬の告示上の額 (通所介護(予防)サービス費の基準額に同じ)

第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）

区 分	利 用 料
法定代理受領 の場合	介護報酬の告示上の額 第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）費の介護保険負担割合 証に記された額 ※別紙記載
法定代理受領 でない場合	介護報酬の告示上の額 （第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）費の基準額に同じ）

（2）法定外給付

区 分	利 用 料
食事	1食 600円
理・美容サービス	理・美容師出張扱いで実費
外部施設の利用及び レクリエーション行事	外部施設利用料及び材料費等の諸経費の実費をいただくことがあります。

10. キャンセル料

通所介護サービスを利用されている方で当日の利用をキャンセルされる場合は、利用予定日の前日の営業時間終了までに当事業所へキャンセルの連絡をお願いします。 ※月曜日のキャンセルについては前週土曜日の営業時間終了までをお願いします。 ※利用予定日の当日のキャンセルについては昼食料金をいただきます。	
利用予定日の前日まで	無料
利用予定日の当日	600円

11. 苦情等申立先

当事業所 相談窓口	窓口担当者 デイサービス大和 管理者 滝口 郁子 通所事業所 係長 鍋嶋 綾 受付時間 8時30分～17時30分 （月曜日～土曜日） 受付方法 電話：0952-62-4800 面接： 相談室 苦情箱：施設内玄関に設置
シオンの園 オンブズマン 委員会	窓口担当者 総務部長 受付時間：9時00分～18時00分 （月～金曜日、祝日・年末年始を除く） 電話：0952-62-5566
外部相談窓口 （月～金曜日、祝日・年末 年始を除く）	佐賀県国民健康保険団体連合会 介護保険係 住所：佐賀市呉服元町7番28号 受付：8時30分～17時15分 電話：0952-26-1477

	佐賀中部広域連合 給付課 指導係 住所：佐賀市白山2丁目1番12号（佐賀商工ビル5階） 受付：8時30分～17時15分 電話：0952-40-1131
	佐賀県福祉サービス運営適性化委員会（佐賀県社会福祉協議会内） 住所：佐賀市天神1丁目4-15 受付：8時30分～17時15分 電話：0952-23-2151

12. 協力医療機関

医療機関の名称	中 西 内 科
院長名	中 西 朗
所在地	佐賀県佐賀市大和町尼寺2257-8
電話番号	0952-62-0029
診療科目	内科
入院設備	無
救急指定の有無	無
契約の概要	利用者に病状の急変があった場合、診療を依頼

13. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	栗 林 歯 科 医 院
院長名	栗 林 恵 一
所在地	佐賀県佐賀市緑小路1-3
電話番号	0952-23-8940

14. 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。	
・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	管理者 滝口 郁子
・成年後見制度の利用を支援します。 ・苦情解決体制を整備しています。 ・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。 ・当事業所従業者または居宅サービス事業者、養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待が疑われる場合には、速やかに、これを市町村に通報します。	

15. 身体的拘束について

事業者はサービスの提供にあたって、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。
2 やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、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を記録します。
3 身体的拘束等の適正化を図るため以下の措置を講じます。
① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を開催し、その結果について周知徹底を図ります。
② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しています。
③ 身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施しています。

16. 非常災害時の対策

非常時の対応 近隣との協力関係	別途定める「当施設消防計画」に沿って対応します。 地域の消防団との協力連携を図り、非常時には相互の応援を仰ぐ。また、施設と消防署は非常通報装置にて非常連絡が行える体制を図っています。
平常時の避難訓練 及び防災設備	別途定める当施設の消防計画にのっとり年2回、避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。 スプリンクラー 無し 屋外消火栓 有り 自動火災探知機 有り 非常通報装置 有り 誘導灯 1箇所 非常用電源 有り ガス漏れ報知器 有り カーテン・布団等は防煙性能のあるものを使用しております。
消防計画等	消防署への届け出日 2018（平成30）年 10月 1日 防火管理者 氏名 藤本 泰治 職名 総務部部長

17. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

協力医療機関以外への受診	利用者の主治医を事前にお知らせ下さい。必要がある場合には関連ある医療機関への連絡調整をいたします。
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、賠償していただく事があります。
喫煙・飲酒	喫煙は、決められた場所以外はお断りします。原則として飲酒はできません。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	衣類等利用者あるいはご家族の申し出により、お預かりすることがあります。
宗教・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

18. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

《シオンの園デイサービス大和利用料金表》

1. 通所介護サービス

(1) 1日あたりのご利用料金

ご利用時間	要介護度	基本料金	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
7時間以上 8時間未満	要介護1	6,580円	658円	1,316円	1,974円
	要介護2	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護3	9,000円	900円	1,800円	2,700円
	要介護4	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
	要介護5	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

(※送迎料金は基本料金に含まれております。)

(2) 加算料金

加算内容	基本料金	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)	備 考
入浴介助加算Ⅰ	400円	40円	80円	120円	1回につき
入浴介助加算Ⅱ	550円	55円	110円	165円	1回につき
個別機能訓練加算Ⅰ1	560円	56円	112円	168円	1回につき
個別機能訓練加算Ⅰ2	760円	76円	152円	228円	1回につき
個別機能訓練加算Ⅱ	200円	20円	40円	60円	1月につき
口腔機能向上加算Ⅰ	1500円	150円	300円	450円	月2回まで
口腔機能向上加算Ⅱ	1600円	160円	320円	480円	月2回まで
サービス提供体制加算Ⅱ	180円	18円	36円	54円	1回につき
送迎減算	-470円	-47円	-94円	-141円	片道につき
科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円	1月につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	介護サービス費と加算料金の12%を乗じた額				

*各種加算については居宅介護計画に基づき実施した場合に算定されます。

2. 第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）

（1）1ヶ月及び1回あたりのご利用料金

要支援度	基本料金	自己負担（1割）	自己負担（2割）	自己負担（3割）	備 考
要支援1	17,980円（月額）	1,798円	3,982円	5,394円	月5回以上利用
	4,360円（1回）	436円	872円	1,308円	月1～4回利用
要支援2	36,210円（月額）	3,621円	7,242円	10,863円	月9回以上利用
	4,470円（1回）	447円	894円	1,341円	月1～8回利用

（※送迎料金、入浴料金、運動器機能向上加算費は基本料金に含まれております。）

（2）加算料金

加算内容	基本料金	自己負担 （1割）	自己負担 （2割）	自己負担 （3割）	備 考
口腔機能向上加算Ⅰ	1,500円	150円	300円	450円	1ヶ月につき
口腔機能向上加算Ⅱ	1,600円	160円	320円	480円	1ヶ月につき
サービス提供体制加算Ⅱ1 要支援1	720円	72円	144円	216円	1ヶ月につき
サービス提供体制加算Ⅱ2 要支援2	1,440円	144円	288円	432円	1ヶ月につき
送迎減算	－470円	－47円	－94円	－141円	片道に付き
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	介護サービス費と加算料金に12%を乗じた額				

*各種加算については介護予防計画に基づき実施した場合に算定されます。

3. 食事代（介護保険及び第1号通所事業給付外費）一食あたり600円

(別紙 1)

肖像権について

当施設のホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌等において、ご利用者の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用に関しましては次の内容に当てはまるところに○をご記入ください。

- | | | |
|-----|--------|----------------|
| (ア) | 掲示物 | (使用可 ・ 使用不可) |
| (イ) | ホームページ | (使用可 ・ 使用不可) |
| (ウ) | 広報誌 | (使用可 ・ 使用不可) |
| (エ) | パンフレット | (使用可 ・ 使用不可) |
| (オ) | 社内研修 | (使用可 ・ 使用不可) |
| (カ) | 社外研修 | (使用可 ・ 使用不可) |

通所介護計画作成における個人情報の提示同意書

私及びその家族の個人情報について、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。

記

1. 使用する目的

- ① 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議や地域ケア会議等において必要な場合。
- ② 医療機関への情報提供や、行政機関において必要な場合。
- ③ 外部監査機関、評価機関への情報提供や損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等において必要な場合。
- ④ 上記にかかわらず緊急を要する時の連絡などの場合。

2. 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提示は、必要最小限に留め、情報開示の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 情報提示の内容

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他の利用者や家族に関する情報
- ・ 認定調査票（調査項目及び特記事項）、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）
- ・ その他の情報

指定通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（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受け、また個人情報の提示同意についての説明を行いました。

説明者 _____ (職名) _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明及び個人情報の提示同意についての説明を受け、指定通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）の提供開始に同意しました。

年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

利用者の代筆者

住 所 _____

氏 名 _____
続 柄 ()

代筆理由 _____

利用者の家族

住 所 _____

氏 名 _____
続 柄 ()

利用者の家族の代筆者

住 所 _____

氏 名 _____
続 柄 ()

代筆理由 _____