

## 指定通所介護事業利用重要事項説明書

あなたに対する指定通所介護利用サービス提供開始にあたり、指定通所介護事業運営規程第13条に基づいて、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. 事業者

|        |                       |       |              |
|--------|-----------------------|-------|--------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人済昭園             |       |              |
| 法人所在地  | 佐賀県嬉野市塩田町大字五町田甲3443番地 |       |              |
| 法人種別   | 社会福祉法人                |       |              |
| 代表者氏名  | 理事長 小佐々 徹正            |       |              |
| 電話番号   | 0954-68-0106          | FAX番号 | 0954-66-9054 |

### 2. ご利用施設

|         |                   |       |              |
|---------|-------------------|-------|--------------|
| サービス種別  | 通所介護事業（通常規模型）     |       |              |
| 施設の名称   | デイサービスセンター美笑庵2号館  |       |              |
| 施設の所在地  | 佐賀県嬉野市塩田町大字久間甲996 |       |              |
| 管理者     | 田中 由紀子            |       |              |
| 電話番号    | 0954-66-8952      | FAX番号 | 0954-66-8953 |
| 事業者指定番号 | 佐賀県 4170900239 号  |       |              |
| 指定年月日   | 平成26年 4月 1日       |       |              |

### 3. ご利用施設で併せて実施する事業

| 事業の種類                            |                                             | 佐賀県知事の事業者指定   |                  | 利用定員 |
|----------------------------------|---------------------------------------------|---------------|------------------|------|
|                                  |                                             | 指定年月日         | 指定番号             |      |
| 施設                               | 介護老人福祉施設<br>(特別養護老人ホーム済昭園)                  | 平成12年 4月 1日   | 佐賀県 4171700018 号 | 50人  |
|                                  | 介護老人福祉施設<br>(特別養護老人ホーム済昭園・清涼館)              | 平成13年 4月 1日   | 佐賀県 4171700117 号 | 50人  |
|                                  | 一般型特定施設入居生活介護事業<br>(養護老人ホーム済昭園)             | 平成18年 10月 1日  | 佐賀県 4171700018 号 | 100人 |
| 居宅                               | 訪問介護、介護予防訪問介護<br>(ホームヘルプサービス済昭園)            | 平成11年 12月 28日 | 佐賀県 4171700018 号 | 一人   |
|                                  | 通所介護、介護予防通所介護<br>(デイサービスセンター済昭園)            | 平成21年 5月 1日   | 佐賀県 4170900080 号 | 25人  |
|                                  | 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護<br>(特別養護老人ホーム済昭園)     | 平成11年 12月 28日 | 佐賀県 4171700018 号 | 20人  |
|                                  | 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護<br>(特別養護老人ホーム済昭園・清涼館) | 平成13年 4月 1日   | 佐賀県 4171700117 号 | 20人  |
| 居宅介護支援<br>済昭園指定居宅介護支援事業所         |                                             | 平成11年 8月13日   | 佐賀県 4171700018 号 | 一人   |
| 塩田地区地域包括支援センター                   |                                             | 平成30年 4月 1日   | 佐賀県 4100900036 号 | 一人   |
| 指定居宅介護、重度訪問介護<br>(ホームヘルプサービス済昭園) |                                             | 平成15年 3月 19日  | 佐賀県 4111600070 号 | 一人   |

### 4. 事業の目的及び運営方針

- 要介護状態等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、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。

## 5. 施設の概要

### (1) 土地・建物

|    |       |                              |
|----|-------|------------------------------|
| 土地 | 地 番   | 佐賀県嬉野市塩田町大字久間甲 9 9 6         |
|    | 面 積   | 1, 2 7 9. 1 4 m <sup>2</sup> |
| 建物 | 構 造   | 木造平屋建                        |
|    | 床 面 積 | 1 7 8. 4 4 m <sup>2</sup>    |
|    | 利用定員  | 2 0 名                        |

### (2) 主な設備

| 設備の種類 | 数               | 面 積                     |
|-------|-----------------|-------------------------|
| 食堂    | 1 室             | 9 2. 7 5 m <sup>2</sup> |
| 機能訓練室 | 1 室             |                         |
| 一般浴室  | 1 室 個浴型介護浴槽 1 機 | 2 4. 8 4 m <sup>2</sup> |
| トイレ   | 3 室 3 台         | 1 3. 4 6 m <sup>2</sup> |

## 6. 職員体制

| 職員の職種   | 員数 | 区 分 |    |     |    | 常勤換算<br>後の人員 | 事業者の<br>指定基準 |
|---------|----|-----|----|-----|----|--------------|--------------|
|         |    | 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   | 10 | -   | 6  | -   | 4  | 1.0          | 1            |
| 介護職員    | 12 | 1   | 6  | -   | 5  | 3.3          | 2            |
| 看護職員    | 3  | -   | 2  | -   | 1  | 1.0          | 1            |
| 機能訓練指導員 | 3  | -   | 2  | -   | 1  | 0.3          | 1            |
| 栄養士     | -  | -   | -  | -   | -  | -            | -            |
| 調理員     | -  | -   | -  | -   | -  | -            | -            |

令和 7 年 6 月 2 1 日現在

## 7. 営業日及び営業時間、利用の申込窓口

|      |                 |      |                       |
|------|-----------------|------|-----------------------|
| 営業日  | 毎日              |      |                       |
| 営業時間 | 9 時 0 0 分～1 8 時 | 利用時間 | 9 時 0 0 分～1 6 時 3 0 分 |

|        |                                                                                                                                                                               |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用申込窓口 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 済昭園指定居宅介護支援事業所<br/>電話番号 0 9 5 4 - 6 6 - 5 6 6 5</li> <li>・ 当施設通所介護事業所<br/>利用申込窓口担当 生活相談員<br/>電話番号 0 9 5 4 - 6 6 - 8 9 5 2</li> </ul> |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 8. 事業の実施地域 嬉野市

## 9. サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

|                    |                                                                                                                                                    |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通所介護計画書            | 利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で通所介護に係る目標及びその達成時期、サービス内容、サービスを提供する上での留意点を盛り込んだ通所介護計画書を作成し、その内容に沿ってサービスを提供します。                                      |
| 食 事                | <p>栄養士の立てる献立表により、利用者の栄養と身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。ただし、食材料費は介護保険給付対象外です。</p> <p>※食事時間 昼 食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0</p>                               |
| 排 泄                | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                                                                                     |
| 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、特殊浴槽を用いての入浴も可能です。                                                                                       |
| 特 殊 浴 槽<br>機 能 訓 練 | <p>個浴型介護浴槽～1機</p> <p>機能訓練指導員（所有資格～准看護師又は看護師）による利用者様の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。</p> <p>※当施設の保有するリハビリ器具等<br/>車椅子、歩行器、押し車、他</p>               |
| 健 康 管 理            | <p>デイサービスセンター到着後は、血圧測定・検温・脈拍等の健康チェックを実施し健康状態を把握した上で入浴等の判断をします。</p> <p>緊急時には利用者の家族、「かかりつけ医」へ迅速に連絡し、適切に対応いたします。</p>                                  |
| 相談及び援助             | 利用者や家族からの相談へは誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。                                                                                                         |
| 教 養 娛 楽            | <p>※相談窓口担当～生活相談員</p> <p>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。</p> <p>※主な娯楽設備～テレビ、カラオケ、ビデオ、ゲーボールゲーム<br/>かるた、ボーリング、輪投げ等</p> |

※クラブ活動～合奏・書道・手芸・絵手紙等

(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、旅行等

(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。)

送 迎 身体状況に応じ、ワゴン車、リフト付き車両等で送迎を行います。なお、送迎時間につきましては提供時間に応じた対応を行います。

## (2) 介護保険給付外サービス

食 材 料 費 栄養士による食材の検収により、新鮮で安価な食材を提供します。

送 迎 費 通常の実施区域外の地域の送迎を行う場合には、それに要した交通費を請求する場合があります。 1 kmにつき～10円

## (3) 利用者の選定により提供するもの

| 区 分                            | 利 用 料                                                                           |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 特 別 な 食 事                      | 要した費用の実費                                                                        |
| 日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当であるもの | <ul style="list-style-type: none"> <li>・レクリエーション費用</li> <li>・クラブ活動費用</li> </ul> |

## 10. 利用料

|             |                                     |
|-------------|-------------------------------------|
| 法定代理受領の場合   | 介護報酬の告示上の額<br>(通所介護サービス費の負担割合に応じた額) |
| 法定代理受領でない場合 | 介護報酬の告示上の額<br>(通所介護サービス費に同じ)        |

### 11. 事前連絡

体調不良、急用等により利用中止される場合は、利用者、家族又は代理の方により、早めにご連絡ください。食事等の準備や他の利用者への送迎手順の確認等がございますので、ご協力お願いいたします。(体調不良の場合は利用当日の送迎前までをお願いします)

**デイサービスセンター美笑庵2号館 電話(0954)－66－8952**

※ 利用中止のご連絡がない場合は取消料を頂く場合があります。

### 12. サービス提供における事故発生時の対応

(1) サービスの提供を行っている際に、利用者の病変及び事故が生じた場合、必要な措置を講じると共に以下の対応を行います。

- ① 契約時にお伺いした家族等の緊急連絡先及び担当ケアマネージャーへ電話等により連絡します。
- ② 主治医への連絡、報告等を家族へ依頼する場合があります。

- ③ 急を要する場合は事業者の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合もあります。
- ④ 必要に応じて保険者へ連絡します。
- (2) 当事業所における再発防止策
- ① 事故報告書に基づき、再発防止の為に委員会設置による調査・検討を行い、防止策を作成します。
- ② 担当者会議に提出し、再発防止に努めます。

### 13. 苦情受付窓口

|               |                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設ご利用相談室     | 窓口担当者 生活相談員<br>ご利用時間 月～日曜日 9:00～18:00<br>ご利用方法 電 話 0954-66-8952 F A X 0954-66-8953<br>ご意見箱 施設内に設置<br>面 接 相談室                                                                                                              |
| 苦情処理<br>第三者委員 | ※公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。<br>① 伊東 茂 (連絡先) 0954-62-2614<br>② 福市 喜久春 (連絡先) 0954-66-4556                                                                                                                             |
| 苦情受付の流れ       | ①苦情受付窓口、電話等により受付担当者が苦情を受け付ける<br>②苦情の内容の確認をする<br>③事業所職員への状況等確認を行う<br>④苦情内容への対策の検討および実施<br>⑤内容によっては第三者委員、保険者への報告を行い指示を仰ぐ<br>⑥再発防止策を考え職員への意識統一を図る<br>⑦検討結果についての報告、説明を行う                                                      |
| その他の受付機関      | ・杵藤地区広域市町村圏組合介護保険事務所 業務課<br>電 話 0954-69-8222<br>F A X 0954-69-8220<br>・佐賀県国民健康保険団体連合会 介護保険係<br>電 話 0952-26-1477(苦情受付専用)<br>F A X 0952-26-6123<br>・佐賀県福祉サービス運営適正化委員会(佐賀県社会福祉会館内)<br>電 話 0952-23-2151<br>F A X 0952-23-2151 |

#### 14. 第三者による評価の実施状況

|                       |             |        |                      |
|-----------------------|-------------|--------|----------------------|
| 第三者による評価<br>の<br>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 <u>なし</u> |        |                      |

#### 15. 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し担当者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その職員に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- ① 高齢者虐待防止のための指針を整備しています。
- ② 高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ③ 高齢者虐待防止に関する研修を定期的実施し、職員の知識と意識を高めます。
- ④ 事業所は虐待防止担当者を定めます。

#### 16. ハラスメントへの対応

- ① 事業者は、「職員が安心できる職場でなければ、利用者の皆様に信頼されるサービスを提供できない」と考えます。そのため、事業所及び利用者等からのハラスメント行為には厳正に対応していきます。

- ② 事業者は、「ハラスメント防止規程」を策定して職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境作りを目指します。

- ③ 利用者又はその家族等が事業所の職員に対して次のア～キに記載するハラスメント行為を行った場合には、契約解除・損害賠償請求も含めて厳正に対応します。

ア 暴行:殴る、蹴る、つねる、物を投げつける、など

イ 暴言:「死ぬ」「役立たず」など、職員の尊厳を傷つけるような言葉を言う、など

ウ 威嚇:近距離で職員に怒鳴る、反社会的勢力の構成員だったなどの過去を示したり、殺傷能力のある物を示したりして職員に恐怖心を与える行為、職員の求めに反してペットをケージ等に入れない、など

エ 性的嫌がらせ:必要もなく手や腕を触る、抱きしめる、性的な動画・音声を流す、卑猥な写真を見せる、卑猥な言葉を発する、など

オ 過度な要求:職員の契約内容以外の労力や介護保険制度から逸脱する内容を要求する、長時間にわたる拘束を強いる、執拗に謝罪を要求する、土下座を要求する、など

カ プライバシー侵害:職員の許可なくその撮影をしてSNS上に投稿する、執拗に個人情報を訪ねる、など

キ その他、上記に類する、当事者間の信頼関係を破壊する一切の行為

#### 17. 必要に応じた説明

事業者では、厳正なサービス提供と利用者又はその家族等の相互理解に資するため、必要に応じて介護保険制度の概要と利用契約書及び本重要事項説明書を改めてご説明する機会を設ける場合があります。

#### 18. 身体拘束廃止について

- ① 身体拘束等の適正化のための指針を整備しています。
- ② 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について

職員に周知徹底を図ります。

- ③ 身体拘束廃止等の適正化のための研修を定期的実施し、職員の知識と意識を高めます。
- ④ 身体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その他必要な事項を記録します。

## 19. 非常災害時の対策

|                |                                                                      |     |           |    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|-----|-----------|----|
| 非常時の対応         | 別途定める「当施設消防計画」に沿って対応します。                                             |     |           |    |
| 近隣との協力関係       | 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、施設と消防署とは非常通報装置により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4回、避難訓練を利用者様も参加して実施します。                           |     |           |    |
|                | スプリンクラー                                                              | 18個 | 防火扉・シャッター | なし |
|                | 非常出口                                                                 | 1個所 | 屋内消火栓     | 有り |
|                | 自動火災探知機                                                              | 有り  | 非常通報装置    | 有り |
|                | 誘導灯                                                                  | 3個所 | 漏電火災報知機   | 有り |
|                | ガス漏れ報知器                                                              | 有り  | 非常用電源     | 有り |
|                | カーテン・布団等は防火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 令和6年7月31日<br>防火管理者 氏名 田中 由紀子 職名 管理者                        |     |           |    |

## 20. 記録等の開示

|                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供記録（ケース記録）・ケアプラン経過記録、看護記録等ご希望により開示いたします。相談員等の職員にお尋ねください。</li> <li>・事業計画・事業報告書や財務についても、ご希望時に開示いたします。事務所の職員にお申し出下さい。</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 21. ご利用の際に留意いただく事項

|             |                                                                                                                                      |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康・衛生管理     | 利用中、気分不良等の体調の変化があった際には、早めに看護師、介護職員へ声をかけてください。<br>原則、食べ物等の持込みはご遠慮ください。持込まれた食べ物、菓子等の管理や衛生面、及びこれに関わる事故(食中毒等)につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、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、賠償していただくことがあります。                                                                  |
| 喫煙・飲酒       | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒はできません。                                                                                                       |

|           |                                                                        |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|
| 迷惑行為等     | 騒音等他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の居室等に立ち入らないようにして下さい。                 |
| 所持品の管理    | 貴重品は持って来ないようお願いします。持って来られた時は事務所に預けて下さい。<br>事業所内での金銭及び食物等のやりとりはご遠慮ください。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内で他の利用者様に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                      |
| 金品の受領     | 従業者に対する贈り物や飲食のおもてなしはお受けできません。ご了承ください。                                  |
| 利用料金の未払   | 契約書第21条二のとおり、3ヶ月以上の利用料支払い遅延の場合、契約解除となる場合もあります。                         |

## 22. 施設見学について

ご利用者様の利用状況等に配慮しながら対応いたしますので、お気軽にご相談下さい。

# 利 用 料 金 説 明 書

【令和 7 年 6 月 21日現在】

◆ デイサービスセンター美笑庵2号館のご利用について(通常規模型)

## 【要介護の方】

(1日あたり)

| 介護度/時間区分 | 4～5時間  | 5～6時間  | 6～7時間   | 7～8時間   |
|----------|--------|--------|---------|---------|
| 介護度1     | 388 単位 | 570 単位 | 584 単位  | 658 単位  |
| 介護度2     | 444 単位 | 673 単位 | 689 単位  | 777 単位  |
| 介護度3     | 502 単位 | 777 単位 | 796 単位  | 900 単位  |
| 介護度4     | 560 単位 | 880 単位 | 901 単位  | 1023 単位 |
| 介護度5     | 617 単位 | 984 単位 | 1008 単位 | 1148 単位 |

| サービス内容略称    | 算 定 項 目         | 算定単位 |        |
|-------------|-----------------|------|--------|
| 入浴介護加算Ⅰ     | 入浴を行った場合        | 40   | 一日につき  |
| 送迎減算        | 事業所が送迎を行わない場合   | －47  | 片道につき  |
| サービス提供体制加算Ⅰ | サービス提供体制強化加算Ⅰ   | 22   | 一回につき  |
| 処遇改善加算Ⅰ     | 所定単位数の92 / 1000 |      | 一か月につき |
| 科学的介護推進体制加算 | 科学的介護推進体制加算     | 40   | 一か月につき |

備考：※昼食費（1回520円）

様

サービス利用料金は1回あたり                      円 です。

現在、1ヵ月に                      回 利用予定ですので

1ヵ月でおよそ                      円 となります。

私は、本書面に基づいて当職員(職名 氏名 )から上記、重要事項の説明を受けたことを確認し、その内容及び当該サービス利用にかかる利用料の計算方法、金額についても同意します。

令和      年      月      日

(利用者) 住 所

氏 名

印

(代理人) 住 所

氏 名

印

続 柄

代筆理由)