# 重　要　事　項　説　明　書

（地域密着型通所介護：介護予防型通所サービス）

令和　８年　８月　１日現在

## １　事業者

| | |
|---|---|
| 法　人　名 | 社会福祉法人敬愛園 |
| 法人所在地 | 福岡市博多区千代１丁目１番５５号 |
| 代表者名 | 理事長　益田　康弘 |
| 法人番号 | ７２９０００５００３８３０ |
| 電話番号 | ０９２－６３１－１００７ |
| 設立年月日 | 平成１６年８月１８日 |

## ２　事業所の概要

| | |
|---|---|
| 事　業　所　名 | デイサービス諸岡 |
| 所　在　地 | 福岡市博多区諸岡２丁目１３番３２号 |
| 介護保険事業所番号 | 福岡市 4070903168 号 |
| 施　設　長 | 坂田　龍児 |
| 管　理　者 | 染矢　隆行 |
| 電　話　番　号 | ０９２－５８８－５８８５ |
| ＦＡＸ番号 | ０９２－５８８－５８８２ |
| サービス提供地域 | 福岡市博多区、南区、中央区 |
| 開設年月日 | 平成２４年５月１日 |

## ３　ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | | 福岡市長の事業者指定<br>指定番号 | 利用定数 |
|---|---|---|---|
| 施設 | 介護老人福祉施設 | 福岡市4070903150号 | ８０人 |
| 在宅 | 短期入所生活介護 | 福岡市4070903184号 | １０人 |
| | 予防短期入所生活介護 | | |
| | 地域密着型通所介護 | 福岡市4070903168号 | １０人 |
| | 介護予防型通所サービス | | |

**４　事業所の職員体制と職務の内容**

（１）管理者　　１名
　　理事会の決定する方針に従い、運営管理を総括する。

（２）生活相談員　　１名／日（管理者との兼務）
　　利用者の生活相談及び援助・実施に関する業務に従事する。

（３）機能訓練指導員　　１名
　　利用者の身体機能の向上や維持のための機能訓練を行う。

（４）介護職員　　１名以上（生活相談員との兼務）
　　利用者の日常生活の援助に従事する。

**５　営業時間**　　（注）日曜・年末年始（１２／３０～１／３）は休日とさせていただきます。

| サービス種類 | 平　日 | 土曜日 | 祝祭日 |
|---|---|---|---|
| 地域密着型通所介護<br>介護予防型通所サービス | 8：30～17：30 | 8：30～17：30 | 8：30～17：30 |

**６　サービス提供時間（前号の時間から送迎に要する時間を除く時間）**

午前９時３５分から午後４時４０分
但し、特別の需要がある場合には、午後８時までとする。

**７　当事業所のサービスの方針等**

当事業所は、在宅生活を基本とし、在宅の要介護者等の依頼を受け、当該居宅サービス計画に基づくサービスが確保されるよう連絡調整その他の便宜の供与を行うとともに、お客様である契約者の自己実現にむけて最大限の支援活動を行います。

**８　サービスの内容**

「地域密着型通所介護・介護予防型通所サービス」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他契約者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。

**９　緊急時の対応**

当事業所は、現に通所介護サービスの提供を行っているときに、契約者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合、予め契約者より指定のあった主治医、もしくは当事業所の協力病院（別紙記載）への連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じます。

**１０　身体拘束の禁止**

当事業所は、現に通所介護サービスの提供を行っているときに、契約者本人もしくは他の契約者の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合を除いて、契約者の身体を拘束することはありません。緊急やむを得ず、契約者の身体を拘束する場合は、その状況・時間・方法等の詳細を「個別サービス提供記録書」等に記録し、閲覧に供します。

## １１　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、下記の対策を講じます。

①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するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

②成年後見制度の利用を支援します。

③虐待防止のための指針（マニュアル）を整備します。

④苦情解決体制を整備しています。

⑤従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に実施します。

⑥サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

⑦虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | 役　職 | 氏　名 |
|---|---|---|
| 責任者 | 施設長 | 坂田　龍児 |
| 担当者 | 役　職 | 氏　名 |
| | デイサービス管理者 | 染矢　隆行 |

## １２　非常災害時及び感染症の対策

（１）非常災害時

| | |
|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める「介護老人福祉施設　アットホーム諸岡　消防計画」及び「事業継続計画」にのっとり対応を行います。 |
| 平常時の訓練等<br>防災設備 | 別途定める「介護老人福祉施設　アットホーム諸岡　消防計画」「災害対策」にのっとり年２回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。 |
| 消防計画等 | 消防署への届出日：令和　２年　３月　１２日<br>防火管理者：　平嶋　進 |

（２）感染症対策

| | |
|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める「介護老人福祉施設　アットホーム諸岡　感染症対策マニュアル」及び「事業継続計画」にのっとり対応を行います。 |
| 平常時の備えと取組 | 別途定める「介護老人福祉施設　アットホーム諸岡　感染症対策マニュアル」及び「事業継続計画」にのっとり年４回委員会の開催、指針の整備、年２回以上の研修及び訓練（シミュレーション）を実施します。 |

## １３　事故発生時の対応

①事故発生防止のための指針（マニュアル）を整備します。
②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を従業者に対し定期的に行います。
③事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。
④利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、原則として市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
⑤前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
⑥利用者に対するサービスの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います。
⑦安全対策担当者を設置しています。

| | 役　職 | 氏　名 |
|---|---|---|
| 担当者 | 介護係長 | 中嶋　勇二 |
| | 介護主任 | 小柳　賢弘 |

## １４　契約者負担金

(1)　契約者の方にお支払いいただく契約者負担金は、下記のとおりです。
この表は介護保険負担割合証に記載されている１割負担の方の７時間以上８時間未満のサービス提供時間の例です。

| 要介護度 | 介護１ | 介護２ | 介護３ | 介護４ | 介護５ |
|---|---|---|---|---|---|
| 地域密着型通所介護<br>サービス費 | 787円<br>753単位 | 930円<br>890単位 | 1,079円<br>1,032単位 | 1,225円<br>1,172単位 | 1,371円<br>1,312単位 |
| 入浴加算Ⅰ | ４２円／日（40単位） | | | | |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | ２３円／日（22単位） | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ<br>（12.7%） | 介護１<br>109円／日<br>（104単位） | 介護２<br>127円／日<br>（121単位） | 介護３<br>146円／日<br>（139単位） | 介護４<br>165円／日<br>（157単位） | 介護５<br>182円／日<br>（174単位） |
| 食費 | ６００円 | | | | |
| 合計金額／１日 | 1,561円 | 1,722円 | 1,889円 | 2,054円 | 2,218円 |

※要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算される一覧となります。

（介護保険負担割合証に記載されている１割負担の方の例）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 入浴介助加算（Ⅱ） | 1回 | 55単位 | ５８円／日 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | 3月に1回 | 100単位 | １０５円／月 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 1月 | 200単位 | ２０９円／月 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ | 1回 | 56単位 | ５９円／日 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 1月 | 20単位 | ２１円／月 |
| ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ） | 1月 | 30単位 | ３２円／月 |
| ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ） | 1月 | 60単位 | ６３円／月 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1日 | 60単位 | ６３円／日 |
| 栄養アセスメント加算 | 1月 | 50単位 | ５３円／月 |
| 栄養改善加算 | 1回 | 200単位 | ２０９円／日 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 1月 | 20単位 | ２１円／月 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 6月に1回を限度 | 5単位 | ６円／月 |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 1回 | 150単位 | １５７円／日 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 原則3月以内月2回限度 | 160単位 | １６８円／日 |
| 科学的介護推進体制加算 | 1月 | 40単位 | ４２円／月 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 1日 | 18単位 | １９円／日 |

※送迎が実施されない場合（利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等事業者が送迎を実施していない場合）は減算となります。△47単位

※感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、以下の条件の際は加算する。

延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3ヶ月間（経営改善に時間を要するその他の特別の事情があると認められる場合は1回の延長を認める）基本報酬の3%の加算を行う。

介護予防型通所サービス

| 要介護度 | 要支援１ | 要支援２ | |
|---|---|---|---|
| | | 週1回程度 | 週2回程度 |
| 介護予防型通所サービス費 | １，８７９円<br>(1,798単位) | １，８７９円<br>(1,798単位) | ３，７８４円<br>(3,621単位) |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | ９２円／月<br>(22単位)×4 | ９２円／月<br>(22単位)×4 | １８４円／月<br>(22単位)×8 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ<br>(12.7%) | ２５１円／日<br>(240単位) | ２５１円／日<br>(240単位) | ５０４円／日<br>(482単位) |
| 食費 | ６００円×利用回数 | | |
| 合計金額／１月（食費除く） | ２，２２２円 | ２，２２２円 | ４，４７２円 |

※送迎が実施されない場合（利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等事業者が送迎を実施していない場合）は減算となります。△47単位

※月途中からの契約に関しては、日割り計算となります。

※１ヶ月の自己負担額に食事回数分が追加されます。

※利用同月中にショートステイサービスを利用した場合日割り計算となります。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | 3月に1回 | 100単位 | １０５円／月 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 1月 | 200単位 | ２０９円／月 |
| 生活機能向上グループ加算 | 1月 | 100単位 | １０５円／月 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1月 | 240単位 | ２５１円／日 |
| 栄養アセスメント加算 | 1月 | 50単位 | ５３円／月 |
| 栄養改善加算 | 原則3月以内月2回限度 | 200単位 | ２０９円／日 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 6月に1回を限度 | 20単位 | ２１円／月 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 6月に1回を限度 | 5単位 | ６円／月 |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 原則3月以内月1回限度 | 150単位 | １５７円／日 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 原則3月以内月1回限度 | 160単位 | １６８円／日 |
| 科学的介護推進体制加算 | 1月 | 40単位 | ４２円／月 |
| 一体的サービス提供体制加算 | 1月 | 480単位 | ５０２円／月 |

(2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です（※または、介護保険の法定利用料の範囲内で当事業所が設定した金額です）。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん契約者が利用料（１０割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（９割）を請求することになります。

(3) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合の超過額を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する居宅介護支援専門員から事前に説明があり、契約者の同意を得た上でのサービス提供となります）

(4) 介護保険自己負担額は、平成３０年８月より、介護負担割合に基づき１割～３割のご負担となります。

(5) その他

ア　通常のサービス提供地域以外の地域についてのみ、所定の交通費（実費相当）が必要となります。（別途見積りいたします）

イ　自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いします。

A　自動口座引き落とし（指定の金融機関の口座から翌月２６日に引き落とします。）

B　銀行振り込み（翌月２５日までに契約者の方がお振り込み願います。手数料は契約者負担となります。）

## １５　キャンセル

契約者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに２に記載の事業所までご連絡ください。

## １６　その他

サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

## １７　相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

| | |
|---|---|
| サービス相談責任者 | 苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。<br><br>【苦情受付担当者】　染矢　隆行（管理者）<br><br>【苦情解決責任者】　坂田　龍児（施設長）<br><br>【受　付　時　間】　毎日午前９時～午後６時（月曜日～金曜日）<br>緊急の場合は、夜間のご相談も承ります。<br>連絡先　０９２－５８８－５８８５<br>ＦＡＸ　０９２－５８８－５８８２<br><br>【第 三 者 委 員】　深川　敬子（保健師）<br>連絡先　０３－５８４８－７９６６<br>伊藤　弘好（弁護士）<br>連絡先　０９２－４５１－３０１６<br><br>【苦情処理を行うための処理体制・手順】<br>①苦情があった場合、ただちに苦情受付担当者が、相手方に連絡を取るか、直接訪問して事情を聞くとともに、サービス担当者からも事情を確認する。<br>②苦情受付担当者が、必要があると判断した場合は、検討会議を行う。<br>③検討会議を行わない場合も、必ず管理者まで結果処理を報告する。<br>④検討の結果は、必ず翌日までは具体的な対応を行う。<br>例：入居者に謝罪、職員の研修、業務マニュアルの改善等<br>⑤苦情記録を台帳（パソコンのデーターベース）に保管し、再発を防ぐために役立てる。 |

○ 次の公的機関においても、苦情の申出等ができます。

| | |
|---|---|
| 博多区保健福祉センター<br>福祉・介護保険課 | 所　在　地　福岡市博多区博多駅前２-８-１<br>電 話 番 号　０９２－４１９－１０７８<br>ＦＡＸ番号　０９２－４４１－１４５５<br>対 応 時 間　９：００～１７：００（月～金） |
| 南区保健福祉センター<br>福祉・介護保険課 | 所　在　地　福岡市南区塩原３-２５-３<br>電 話 番 号　０９２―５５９－５１２１<br>ＦＡＸ番号　０９２－５１２－８８１１<br>対 応 時 間　９：００～１７：００（月～金） |
| 中央区保健福祉センター<br>福祉・介護保険課 | 所　在　地　福岡市中央区大名２-５-３１<br>電 話 番 号　０９２―７１８－１１４５<br>ＦＡＸ番号　０９２－７７１－４９５５<br>対 応 時 間　９：００～１７：００（月～金） |
| 福岡県国民健康<br>保険団体連合会<br>（国保連） | 所　在　地　福岡市博多区吉塚本町１３-４７<br>電 話 番 号　０９２－６４２－７８００（代表）<br>ＦＡＸ番号　０９２－６４２－７８５３<br>利 用 時 間　９：００～１７：００（月～金） |
| 福岡県運営適正化委員会<br>（福岡県社会福祉協議会） | 所　在　地　春日市原町３-１-７クローバープラザ４階<br>電 話 番 号　０９２－９１５－３５１１<br>ＦＡＸ番号　０９２－９１５－３５１２<br>対 応 時 間　９：００～１７：３０（火～日） |

○介護施設における虐待に関する行政の相談受付窓口

| | |
|---|---|
| 福岡市虐待通報等<br>受付窓口 | 所　在　地　福岡市中央区天神１-８-１<br>電 話 番 号　０９２－７１１－４３１９<br>ＦＡＸ番号　０９２－７２６－３３２８<br>対 応 時 間　９：００～１７：００（月～金） |
| 各区役所<br>地域保健福祉課<br>（権利擁護等担当） | 東　　区　０９２－６４５－１０８７<br>博 多 区　０９２－４１９－１０９９<br>中 央 区　０９２－７１８－１１１０<br>南　　区　０９２－５５９－５１３２ |

※　ご連絡いただいた方のお名前は、施設側には伝えられません。

※　施設職員には、福岡市へ連絡する義務があります。なお、連絡したことで不利益な待遇を受けないよう法律で守られています。

## １８　第三者評価の実施状況等について

第三者評価実施　　あり　[なし]　　結果の公表　　あり　[なし]

ありの場合

第三者評価実施日　直近　　年　　月　　日

第三者評価実施機関　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

## １９　当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|---|---|
| 設備器具の利用 | 施設内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。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ございます。 |
| 喫　　煙 | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 |
| 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。また、他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。 |
| 宗教活動<br>政治活動 | 施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動もしくは、営利を目的とした活動は、ご遠慮ください。 |
| 貴重品管理 | 当施設では、現金、通帳、印鑑、その他の貴重品については、原則持ち込みを禁止致します。施設生活上、特に必要とする物については、必ず職員へご相談下さい。但し、盗難、紛失、破損等の責任は負いかねます。また、施設ではお預かりは致しません。<br>＜施設では管理出来ないもの＞<br>・現金、通帳、印鑑、指輪などのアクセサリー（貴金属）、腕時計、携帯電話<br>・その他（破損、紛失した場合に困る品）<br>＜施設で管理する必要があるもの＞<br>・眼鏡、補聴器、義歯、介護用品またはそれに準ずるもの<br>※上記内容については施設で管理を致しますが、ご本人様の不注意（認知症状によるものも含む）により紛失及び破損した場合は、責任を負いかねます。ご了承下さい。 |

| | |
|---|---|
| 利用者及び利用者の家族等の禁止行為<br><br>カスタマーハラスメント等 | ○職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)<br>例：コップを投げつける/蹴る/唾を吐く<br>○職員に対する精神的暴力(個人の尊厳や人格を言葉や態度によって気つけたり、貶めたりする行為)<br>例：大声を発する/業務に支障を及ぼす長時間の電話・居座り/特定の職員へ嫌がらせ/合理的理由のない謝罪の要求/業務の範囲を超えた理不尽なサービスの要求<br>○職員に対するセクシュアルハラスメント(意に添わない性的な誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ行為)<br>例：必要もなく手や腕等身体を触る/あからさまに性的な話をする/許可なく職員の写真を撮影する。<br>※利用者又は利用者の家族からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生じるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発防止をすることが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になる場合には、サービス契約を解除することがございます。 |

**２０　運営推進会議について**

(1)　事業の運営に当たっては、地域住民又は、その自発的な活動等との連携及び、協力を行うなど、地域との交流に努めます。

(2)　当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。

(3)　「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね６ヶ月に１回以上会議を開催します。

**２１　社会福祉法人敬愛園における個人情報の取り扱いについて**

私（契約者及びその家族）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

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、契約者に実施されるサービスに関するサービス担当者会議、介護支援専門員とサービス提供事業者等との連絡調整等において使用する。

(2)　個人情報を使用する範囲

当事業所の各職種間、及び居宅介護支援事業所、各サービス提供機関、市区町村等関係連絡機関。

(3)　使用する期間

契約者が当サービス提供事業所のサービス契約者として契約している期間。

(4)　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。

上記契約を証するため、本書２通を作成し、契約者、事業者が記名押印のうえ、各１通を保有するものとします。

加えて、私は本書面に基づいて乙の職員（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）から重要事項の説明を受けたことを確認し同意します。

令和　　年　　月　　日

事　業　者　　福岡市博多区諸岡２丁目１３番３２号
社会福祉法人敬愛園　デイサービス諸岡
地域密着型通所介護
介護予防型通所サービス

代表者氏名（管理者）　　染　矢　　隆　行　　印

利　用　者　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連帯保証人　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（家族代表）

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連　絡　先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

立　会　人　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連　絡　先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿