

<重要事項説明書> 1. 事業者の概要

(令和6年4月1日改正)

事業者（法人）名	一般社団法人 kouji		法人種別	一般社団法人
代表者	役職名	理事長	氏名	松本祐輔
所在地	住所 〒811-2128 福岡県糟屋郡宇美町宇美中央1丁目3番3号			
電話番号	TEL 092-932-0405 FAX 092-405-2111			
事業内容	・介護保険法による地域密着型通所介護事業、第一号事業（介護予防・日常生活支援総合事業）、居宅介護支援事業			
法人の沿革・特色	平成23年2月14日に設立			
法人が所有する事業所の種類・数	2			

2. 事業所の概要

事業所の名称	きららデイサービスセンター		
所在地	住所 〒811-2128 福岡県糟屋郡宇美町宇美中央1丁目3番3号		
電話番号	TEL 092-932-0405 FAX 092-405-2111		
事業所番号	4073800379	指定取得日	平成23年10月01日
管理者名	松本 真代		
利用の対象者	要介護者・要支援者		
事業の実施地域	宇美町（広域連合粕屋支部管内）【保険者：福岡県介護保険連合会】		
事業の目的	当事業所は介護保険法等の関係法令に従い、利用者が可能な限り、居宅において、その有する能力に応じて、自立した日常生活を営む事ができるよう、必要なサービス・その他の便宜を提供することにより利用者の日常生活の便宜及び介護者の方々の負担軽減をはかる事を事業の目的としています。		
運営の方針	事業者は、ご利用者の意思、人格を尊重し、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの連携を図り、常に利用者の立場に立った総合的なサービスの提供に努めます。		
自己評価の実施状況			
第三者評価の実施状況			
研修の実施状況	・採用時研修 ・継続研修 月1回		

3. 利用施設の概要

建物の構造	軽量鉄骨	機能訓練や浴室等の設備	あり
延べ床面積	43.98 m <sup>2</sup>		

利用定員	14名	最寄りの交通機関からの 距離・所要時間	JR宇美駅より徒歩10 分
------	-----	------------------------	------------------

#### 4. 事業所の職員体制

職 種	常 勤	非 常 勤	資 格	業 務 内 容
管 理 者	1名以上		介 護 福 祉 士	(介護職と兼務)
生 活 相 談 員	1名以上		介 護 福 祉 士	相談業務全般
看 護 職 員		1名以上	正看護師又は 准 看 護 師	看護業務 看護・機能訓練指導員業務
介 護 職 員	1名以上	1名以上	介 護 福 祉 士	介護業務全般
機 能 訓 練 指 導 員		1名以上	正看護師又は 准 看 護 師	機能訓練での指導・実施
事 務 職 員		1名以上		事務業務
そ の 他 の 職 種		1名以上		調理業務全般(事務等)

#### 業務内容

生活相談員：ご利用者・ご家族の相談に応じると共に心身の状態を考えたサービスの提供計画をたて、そのサービス提供全体の管理と評価を行います。

看護職員：主に健康管理や療養上のお世話と指導を行います。また、日常生活上の介護等も行います。

介護職員：日常生活上の介護、健康保持のための支援を行います。

機能訓練指導員：心身の状況に応じ、日常生活に必要な機能の回復、又はその維持・向上の為に訓練・指導・助言を行います。

#### 5. 営業日とサービス実施地域

実施地域	地域密着型通所介護、第一号事業（介護予防・日常生活支援総合事業） 宇美町・志免町・須恵町（福岡県介護保険広域連合管内）
営業日	月曜日から金曜日（祝日含む） 12月30日～1月3日、8月13～15日はお休み
営業時間	午前8時半～午後5時半まで
提供時間	午前9時半～午後4時まで

※上記以外でもサービスを実施する場合があります。（短時間利用など）

## 6. サービスの内容

(1) 次のサービスを地域密着型通所介護・通所型介護計画等に基づいて提供いたします。

- ①食事：献立表により、栄養やご利用者の身体の状況・嗜好等を考慮した食事を提供します。
- ②入浴：ご利用者の身体の状況に応じた入浴介助（個別入浴）を行います。
- ③排泄：ご利用者の身体の状況に応じた排泄の介助を行います。
- ④個別・集団運動等：ご利用者の身体の状況に応じて、日常生活に必要な機能の回復又はその維持・向上の為に訓練を行います。また、機能低下予防のための訓練を行います。
- ⑤送迎：ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

（事業実施地域以外のご利用者の場合は、ご相談下さい。）

- ⑥レクリエーション等：季節の行事等を考えた催しを行っています。

ご利用者の希望により参加できます。

- ⑦介護保険の対象とならないサービス（利用金額の全額がご利用者のご負担になります。）

- ・日常生活上必要となる諸用品（原則実費のみ）

- ・自費サービス

- ・その他の希望サービスがあればご相談下さい。費用は原則実費がかかります。

(2) 地域密着型通所介護計画書等についてはご利用者又はご家族にご説明し、同意をいただきます。

(3) このサービスの提供にあたっては、ご利用者の要介護・要支援状態の軽減、もしくは悪化の防止と

なるよう適切にサービス提供いたします。

(4) サービスの提供は親切丁寧に行い、分かり易いようにご説明します。

もし、わからない事があればいつでも職員にご質問ください。

(5) 職員は常に身分証明書を携行していますので、必要な場合はいつでもその場で提示するようお求めください。

## 7. サービス利用料金

別紙に定める利用料金に沿って、ご利用者の要介護度・要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担1割又は2割又は3割）と、食事にかかる自己負担額をお支払い下さい。

※要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。

要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます（償還払い）

※償還払いとなる場合、介護保険給付の申請を行うために必要となる証明書「サービス提供証明書」を交付します。

※保険適応外部分について料金を改定する際には原則1ヵ月前に利用者に文章で連絡します。

※利用者が法定代理受領サービスを利用できないことにより償還払いとなる場合には、いったん利用料を全額自己負担しなければなりません。

### ① 地域密着型通所介護費

	6時間以上7時間未満
要介護1	678単位（1割）/1356単位（2割）/2034単位（3割）
要介護2	801単位（1割）/1602単位（2割）/2403単位（3割）
要介護3	925単位（1割）/1850単位（2割）/2775単位（3割）
要介護4	1049単位（1割）/2098単位（2割）/3147単位（3割）
要介護5	1172単位（1割）/2344単位（2割）/3516単位（3割）

加 算	入浴加算（Ⅰ）	40単位 入浴介助を適切に行う事ができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。
	送迎減算	片道－47単位 送迎が片道実施されない場合に適応されます。
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） ※介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上	22単位 ①介護職員の介護福祉士の割合が70%以上 ②勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上 上記のいずれかに該当する事。

② 通所型独自サービス（総合事業）

要支援1（通所型独自サービス11）	1ヶ月につき 1798単位 (1週当たりの標準的な回数を定める場合)
要支援2（通所型独自サービス12）	1ヶ月につき 3621単位 (1週当たりの標準的な回数を定める場合)
サービス提供体制強化加算（Ⅰ1） ※介護職員の総数のうち、 ①介護福祉士の占める割合が70%以上の場合 ②勤続年数が10年以上の介護福祉士の割合が25%の場合 上記のいずれかに該当する事	要支援1 88単位

サービス提供体制強化加算（I 2）	要支援2 176 単位
送迎減算	片道—47 単位（送迎が片道実施されない場合）

その他の料金・・・昼食代 500 円（税込）※おやつ込み

## 8. 利用料金、その他の費用のお支払方法

利用料、その他の費用は利用月ごとに計算し、請求いたします。

請求書は毎回のサービス提供の明細書を添えて、お渡しいたします。毎回のサービス実施記録の利用者控えと照合の上、利用月の翌月 末日までに下記のいずれかの方法でお支払ください。

※入金確認後、領収書を発行いたしますので、大切に保管してください。

ア、現金支払い                      イ、事業者指定口座への振り込み

金融機関	西日本シティ銀行	支店名	宇 美 支 店
預金種別	普通預金通帳	口座番号	1 6 8 7 0 3 2
口座名義	イッパンシャダンハウジンコウジ		
郵便振替口座	取 扱 い な し	口座名義	取 扱 い な し

※お支払いが3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催知したにも係わらず30日以内にお支払いいただけない場合には、契約を解約させていただいたうえで未支払い分をお支払いいただきます。

## 9. サービス利用の中止、変更、追加

- (1) 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービス利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合は、サービス実施日の前日までに事業所に申し出てください。

- (2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご利用者の体調不良等正当な理由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	原則、当日の利用料金の 100 %

※介護予防サービスの場合は、月単位の定額制のためキャンセル料はありませんが、中止が決まりましたらお早めにご連絡ください。

- (3) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する機関にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

## 10. サービス利用に関する留意事項

- (1) 施設、設備、敷地等はその本来の用途に従って利用してください。
- (2) 故意に、または注意を払えば避けられたにも関わらず、施設、設備等を壊したり汚したりした場合には、自己負担により原状に復していただくか、それ相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- (3) 当事業所の職員や他の利用者に対して、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行う事はできません。
- (4) 事業所内の定められた場所以外での喫煙は、できません。

## 11. 事故発生時及び緊急時の対応

サービスの提供中に容体の急変等の緊急事態や事故が発生した場合は、下記の方法で対応します。事前の打ち合わせにより、利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、介護支援専門員（ケアマネージャー）等に連絡致します。

- (1) サービスの提供中に事故が発生、または容体の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにそって連絡いたします。

（利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先、介護支援専門員、お住まいの行政機関、その他等）

- (2) 急を要する場合は、事業所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。

- (3) 必要に応じて、警察、消防、市町村、その他関連機関への連絡を致します。
- (4) 事故再発防止策として、事故報告書に基づき調査・検討して防止策の作成をします。
- (5) 施設内の会議に事故事例は提出し、再発の防止に努めます。

## 12. サービス内容及び個人情報取り扱い等に関する苦情・相談について

サービス内容及び個人情報取り扱い等に苦情・相談がある場合は、下記窓口にご連絡下さい。

きららデイサービスセンター
【所在地】糟屋郡宇美町宇美中央1丁目3番3号 TEL 092-932-0405 FAX 092-405-2111 受付時間 午前8時半～午後5時半まで
担当： 松本真代

### □公的団体の窓口

福岡県国民健康保険団体連合会（国保連）
【所在地】福岡市博多区吉塚本町13-47 TEL 092-642-7800 FAX 092-642-7852 受付時間 午前9時～午後5時まで

### □市町村介護保険相談窓口

宇美町役場 介護保険担当係・地域包括支援センター
【所在地】糟屋郡宇美町5-1-1 TEL 092-932-1111（代表） FAX 092-933-7512 受付時間 午前9時～午後5時まで
志免町役場 介護保険担当係・地域包括支援センター
【所在地】糟屋郡志免町志免中央1-1-1 TEL 092-935-1001（代表） FAX 092-935-2456 受付時間 午前9時～午後5時まで
須恵町役場 介護保険担当係
【所在地】糟屋郡須恵町須恵771 TEL 092-932-1151（代表） FAX 092-933-6579 受付時間 午前9時～午後5時まで
粕屋町役場 介護保険課
【所在地】糟屋郡粕屋町香与丁1丁目1-1 TEL 092-938-2311（代表） FAX 092-938-3150

受付時間 午前 9 時～午後 5 時まで
博多区保険福祉センター 福祉・介護保険課
【所在地】博多区博多駅前 2 丁目 19-24 TEL 092-434-0003 FAX 092-441-1455 受付時間 午前 9 時～午後 5 時まで
大野城市役所 介護サービス課
【所在地】大野城曙町 2-2-1 TEL 092-501-2211 FAX 092-573-7791 受付時間 午前 9 時～午後 5 時まで
福岡県介護保険広域連合 本部
【所在地】博多区千代 4 丁目 1 番 27 号 福岡県自治会館 3 階 総務係 TEL 092-643-7055 FAX 092-641-2432 認定係 TEL 092-981-9072 給付係 TEL 092-981-9073 指定係 TEL 092-981-9074 監査指導係 TEL 092-981-9075 受付時間 午前 9 時～午後 5 時まで  福岡県介護保険広域連合 粕屋支部 TEL 092-652-3111 FAX 092-652-3106

### 13. 個人情報の保護について

当該事業所は、利用者等の個人情報適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考え、事業所が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取り扱いに努めるとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守します。

- ①当該事業所の従業員は介護保険法等の規定に基づき、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- ②当該事業所の従業員であったものは、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- ③ 該事業所では利用者の医療上緊急の必要がある場合又は、サービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ利用者もしくはご家族からの文書による同意を得た上で必要な範囲内で利用者またはご家族の個人情報を用います。

- ④ 当該事業の従業員は退職した後にも、業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

当該事業所が委託する医療・福祉関係事業者は、業務の委託に当たり、個人情報保護法と厚生労働省ガイドラインの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定し、かつ個人情報に係る契約を締結した上で情報提供し、委託先への適切な監督をします。

#### 14. 身体的拘束廃止・虐待防止のための措置等の取り組みについて

利用者又はその他の利用者等の生命また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、その他利用者の行動を制限する行為は致しません。

利用者の人権の擁護、虐待防止等の観点から虐待の発生またはその再発を防止する為の指針の整備、研修の実施、担当者を定める。

担当者：管理者 松本真代

#### 15. 情報開示

事業所の概要・サービス内容等について、定期的に事業所評価を行い、お知らせします。

#### 16. 記録の保管について

##### (1) 用紙で保管する場合

- ・鍵のかかる保管場所に保管します。外部に持ち出す場合は、厳重に管理します。
- ・保管期間はサービス提供終了から5年間、請求にかかる資料とその請求の根拠となる記録は5年間保管をします。
- ・記録の閲覧及び実費を支払っての写しの交付が本人及び家族に限り可能です。
- ・保管期間が終了した書類についてはシュレッターにかけた上で破棄します。

##### (2) 電子媒体で保管する場合

- ・利用者のデータを保存するパソコンは、ログイン時にパスワードを求める等のセキュリティを設定し、利用者のデータに対してアクセス権限のない第三者が不正にパソコン操作を行えないようにします。

- ・データの閲覧、利用に関して、データアクセス時にパスワードを要求する等のセキュリティを設定し、許可された者のみがアクセスできるようにします。
- ・外部へのデータの持ち出しは禁止し、保管期間が終了したデータはパソコンより消去します。

## 17. 契約の解約、終了

契約は有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。解約料は徴収いたしません。

事業者からの解約はやむを得ない場合のみとし、1ヵ月以上の期間をおき理由を通知します。

## 18. 損害賠償

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者はその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意または過失が認められる場合には、ご契約者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償を減じる場合があります。

## 19. 担当責任者

あなたを担当する生活相談員は 小林洋子 ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡します。

## 20. その他

感染症の発生及び蔓延等の関する取り組みの徹底を求める観点から指針の整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施等に取り組む。

感染対策委員会：管理者・看護職員・介護職員・介護支援専門員で構成

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保として、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策に取り組む。

業務継続計画の策定等に対して、安定した事業が継続できるよう事業継続計画（新型コロナウイルス感染症対策・災害時等）を作成し、非常災害時でも安定したサービスの継続が出来るよう取り組む。

事業所に対する質問・要望等については事業所として適切に対応いたします。

本契約及び説明を証するため、甲乙は署名又は記名押印のうえ本契約書・重要事項説明書を2通作成し、甲乙各1通保有します。

契約日 令和 年 月 日

(甲) 私は、この重要事項説明書の説明を受け、この契約書に基づく介護サービスの利用を申し込みます。

**【利用者署名欄】**

住所：

名前： (代筆者： 続柄： )

電話番号：

(乙) 私は、介護サービスの事業者として、甲の申し込みを受託し、この契約書に定める各種サービスを誠実に責任を持って行います。

《事業者》

事業者名 一般社団法人kouji

事業者住所 福岡県糟屋郡宇美町宇美中央 1-3-3

代表者名 理事長 松本祐輔

事業所名 きららデイサービスセンター

事業所住所 福岡県糟屋郡宇美町宇美中央 1-3-3

責任者 管理者 松本真代

重要事項説明書

説明日 令和 年 月 日 説明者(管理者) 松本真代