

# 北九州市 予防給付型通所サービス重要事項説明書

＜令和元年10月1日現在＞

## 1 事業所の概要

### (1) 提供できるサービスの地域と種類

|                   |                          |  |  |
|-------------------|--------------------------|--|--|
| 事業所名              | 北九州市立ふれあいむら社ノ木デイサービスセンター |  |  |
| 所在地               | 北九州市門司区社ノ木2丁目4番1号        |  |  |
| 管理者の氏名            | 藤村 厚                     |  |  |
| 電話番号              | 093-381-6657             |  |  |
| FAX番号             | 093-381-6732             |  |  |
| サービス（介護保険指定番号）    | サービスを提供する地域              |  |  |
| 通所介護（4070100138号） | 北九州市内                    |  |  |

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 定員 30名

### (3) 事業所の職員配置

|         | 職務の内容              | 常勤 | 非常勤 | 兼務               | 合計 |
|---------|--------------------|----|-----|------------------|----|
| 管理者     | 業務の一元的な管理          | 1名 |     | 居宅介護支援管理者<br>と兼務 | 1名 |
| 生活相談員   | 生活指導及び相談           | 2名 |     | 介護職員と兼務（1名）      | 2名 |
| 看護職員    | 心身の健康管理、<br>保健衛生管理 | 1名 | 1名  | 機能訓練指導員と兼務       | 2名 |
| 介護職員    | 介護業務 運転業務          | 5名 | 2名  |                  | 7名 |
| 機能訓練指導員 | 機能回復訓練の指導          | 1名 | 1名  | 看護職員と兼務          | 2名 |

### (4) サービス提供の時間帯

|         | 営業時間帯              |
|---------|--------------------|
| 月曜日～土曜日 | 午前9時50分 から 午後4時00分 |

## 2 事業の目的と運営方針等

### (1) 事業の目的

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が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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能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ることを目的としています。

### (2) 運営方針

利用者が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、計画的に行います。

通所介護計画に基づき、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おこないます。

地域との結びつきを重視し、関係保健者、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

### (3) サービスの特徴

法人の経営理念「私たちはお客様の人権と個性を尊重し、安心と喜びのある生活を支援します」に基き利用者一人一人の尊厳を守りながら自立を支援していきます。恵まれた自然環境の中で、屋外レクリエーションや専門職員によるリハビリ指導を行います。食事も四季の旬の食材を使用し、利用者・ご家族に安らぎを提供するよう努めます。

## 3 サービスの内容

- ① 通所介護計画の作成
- ② 生活指導
- ③ 機能訓練
- ④ 介護サービス
- ⑤ 健康状態の確認
- ⑥ 送迎
- ⑦ 給食サービス
- ⑧ 入浴サービス
- ⑨ 介護に関する相談援助

#### 4 利用者負担金

##### (1) 利用者負担金

【サービス費（1月の利用につき）】

##### 1割負担

|      |        | 月 額     |
|------|--------|---------|
| 要支援1 | サービス費  | 16,781円 |
|      | 利用者負担金 | 1,678円  |
| 要支援2 | サービス費  | 34,405円 |
|      | 利用者負担金 | 3,441円  |

##### 2割負担

|      |        | 月 額     |
|------|--------|---------|
| 要支援1 | サービス費  | 16,781円 |
|      | 利用者負担金 | 3,356円  |
| 要支援2 | サービス費  | 34,405円 |
|      | 利用者負担金 | 6,882円  |

##### 3割負担

|      |        | 月 額     |
|------|--------|---------|
| 要支援1 | サービス費  | 16,781円 |
|      | 利用者負担金 | 5,034円  |
| 要支援2 | サービス費  | 34,405円 |
|      | 利用者負担金 | 10,323円 |

【加算分】

##### 1割負担

|                | 算定単位 | サービス費  | 利用者負担金 |
|----------------|------|--------|--------|
| 運動器機能向上加算      | 月 額  | 2,281円 | 229円   |
| 栄養改善加算         | 月 額  | 1,521円 | 153円   |
| 口腔機能向上加算       | 月 額  | 1,521円 | 153円   |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 月 額  | 1,014円 | 102円   |

|                    |                          |            |         |
|--------------------|--------------------------|------------|---------|
| 事業所評価加算            | 月 額                      | 1, 2 1 6 円 | 1 2 2 円 |
| 選択的サービス複数実施加算 (I)  | 月 額                      | 4, 8 6 7 円 | 4 8 7 円 |
| 選択的サービス複数実施加算 (II) | 月 額                      | 7, 0 9 8 円 | 7 1 0 円 |
| サービス提供体制強化加算 (I) イ | 要支援1 (月額)                | 7 3 0 円    | 7 3 円   |
|                    | 要支援2 (月額)                | 1, 4 6 0 円 | 1 4 6 円 |
| サービス提供体制強化加算 (II)  | 要支援1 (月額)                | 2 4 3 円    | 2 5 円   |
|                    | 要支援2 (月額)                | 4 8 6 円    | 4 9 円   |
| 介護職員処遇改善加算 I       | (利用単位数合計の5. 9%×10. 14) 円 |            |         |

## 2 割負担

|                    | 算定単位                     | サービス費      | 利用者負担金     |
|--------------------|--------------------------|------------|------------|
| 運動器機能向上加算          | 月 額                      | 2, 2 8 1 円 | 4 5 7 円    |
| 栄養改善加算             | 月 額                      | 1, 5 2 1 円 | 3 0 5 円    |
| 口腔機能向上加算           | 月 額                      | 1, 5 2 1 円 | 3 0 5 円    |
| 生活機能向上グループ活動加算     | 月 額                      | 1, 0 1 4 円 | 2 0 3 円    |
| 事業所評価加算            | 月 額                      | 1, 2 1 6 円 | 2 4 4 円    |
| 選択的サービス複数実施加算 (I)  | 月 額                      | 4, 8 6 7 円 | 9 7 4 円    |
| 選択的サービス複数実施加算 (II) | 月 額                      | 7, 0 9 8 円 | 1, 4 2 0 円 |
| サービス提供体制強化加算 (I) イ | 要支援1 (月額)                | 7 3 0 円    | 1 4 6 円    |
|                    | 要支援2 (月額)                | 1, 4 6 0 円 | 2 9 2 円    |
| サービス提供体制強化加算 (II)  | 要支援1 (月額)                | 2 4 3 円    | 4 9 円      |
|                    | 要支援2 (月額)                | 4 8 6 円    | 9 8 円      |
| 介護職員処遇改善加算 I       | (利用単位数合計の5. 9%×10. 14) 円 |            |            |

## 3 割負担

|           | 算定単位 | サービス費      | 利用者負担金  |
|-----------|------|------------|---------|
| 運動器機能向上加算 | 月 額  | 2, 2 8 1 円 | 6 8 5 円 |
| 栄養改善加算    | 月 額  | 1, 5 2 1 円 | 4 5 7 円 |

|                    |                        |            |            |
|--------------------|------------------------|------------|------------|
| 口腔機能向上加算           | 月 額                    | 1, 5 2 1 円 | 4 5 7 円    |
| 生活機能向上グループ活動加算     | 月 額                    | 1, 0 1 4 円 | 3 0 5 円    |
| 事業所評価加算            | 月 額                    | 1, 2 1 6 円 | 3 6 5 円    |
| 選択的サービス複数実施加算 (I)  | 月 額                    | 4, 8 6 7 円 | 1, 4 6 1 円 |
| 選択的サービス複数実施加算 (II) | 月 額                    | 7, 0 9 8 円 | 2, 1 3 0 円 |
| サービス提供体制強化加算 (I) イ | 要支援1 (月額)              | 7 3 0 円    | 2 1 9 円    |
|                    | 要支援2 (月額)              | 1, 4 6 0 円 | 4 3 8 円    |
| サービス提供体制強化加算 (II)  | 要支援1 (月額)              | 2 4 3 円    | 7 3 円      |
|                    | 要支援2 (月額)              | 4 8 6 円    | 1 4 6 円    |
| 介護職員処遇改善加算 I       | (利用単位数合計の5.9%×10.14) 円 |            |            |

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則としてサービス費の1割若しくは2割、3割をお支払いいただきます。
- ② サービスが介護保険の適用を受けない部分については、サービス費全額(10割)をお支払いいただきます。
- ③ 保険料の滞納などにより、サービス費の1割若しくは2割、3割の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

## (2) その他の費用

(1) のほか利用者は、サービスの利用によって下記の利用料金をお支払いいただきます。

| 種 類             | 利用者負担金                          | 備 考                              |
|-----------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 送 迎 費 用         | 片道5km未満 1回につき<br>500 円          | 通常のサービス実施地域以外に居住する場合で、当苑を基点とします。 |
|                 | 片道5km以上 1回につき<br>10km未満 1,000 円 |                                  |
|                 | 片道10km以上 1回につき<br>1,300 円       |                                  |
| 食事の提供に<br>要する費用 | 昼食代(おやつ代含む) 1回につき<br>500円       |                                  |
|                 |                                 |                                  |

|                           |               |  |
|---------------------------|---------------|--|
| オムツ代                      | パット 1枚につき20円  |  |
|                           | 紙オムツ 1枚につき80円 |  |
|                           | 紙パンツ 1枚につき80円 |  |
| 日常生活に要する費用<br>で本人の負担となるもの | 要した費用の実費      |  |

## (2) 利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月10日までに利用者に請求し、利用者は翌月末までに次のいずれかの方法により支払います。

現金払い

金融機関振込 [口座名等は、下記のとおりです。]

自動引落とし (手数料は、事業者が負担します。)

|          |       |   |
|----------|-------|---|
| 西日本シティ銀行 |       | 門司駅前支店                                      |
| 普通<br>預金 | 口座名義人 | 社会福祉法人 春秋会 ふれあいむら社ノ木デイサービスセンター<br>理事長 渡辺 英雄 |
|          | 口座番号  | 3020367                                     |

## (3) 領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

## 5 キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

|                       |             |
|-----------------------|-------------|
| 利用日の2営業日前までに連絡があった場合  | 無 料         |
| 利用日の1営業日前までに連絡があった場合  | 利用者負担金の30%  |
| 利用日の1営業日前までに連絡がなかった場合 | 利用者負担金の50%  |
| 利用日の当日にキャンセルされた場合     | 利用者負担金の100% |

キャンセルが必要となったときは至急ご連絡ください。

|      |              |
|------|--------------|
| 直通電話 | 093-381-6657 |
|------|--------------|

## 6 サービス利用にあたっての留意事項

|           |  |
|-----------|--|
| 喫煙        | 喫煙は定められた場所をお願いします。   |
| 迷惑行為等     | 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。   |
| 金銭・貴重品の管理 | 不要な貴重品のお持込はお断りします。<br>紛失・事故等ありましても責任は負いません。                            |
| 飲酒        | 個人のお持込による飲酒はご遠慮願います。   |
| 物品の受け渡し   | 物品（食品・化粧品等）の受け渡し及び、物品の運搬はお断りします。万一、物品の受け渡しが原因でトラブルが発生しても当苑では責任を負いかねます。 |

## 7 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊迫の事態に備え、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画等の対策をたて、年2回利用者及び従業員の訓練を行います。

## 8 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。尚、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。

### 損害賠償責任保険

|      |  |
|------|--|
| 保険会社 | 東京海上火災保険株式会社   |
| 保険内容 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対人・対物補償</li> <li>・ 人格権侵害補償</li> <li>・ 管理財物補償</li> </ul> |

## 9 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援事業者などへ連絡をします。

|     |       |  |
|-----|-------|--|
| 主治医 | 医療機関名 |  |
|     | 主治医名  |  |

|     |      |      |
|-----|------|------|
| ご家族 | 氏名   | (続柄) |
|     | 住所   |      |
|     | 電話   |      |
|     | 携帯電話 |      |

## 10 秘密保持

法人が保有する利用者等の個人情報に関し適性かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会から信頼を得るために、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、個人情報を保護します。

## 11 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。

|                |   |
|----------------|---|
| 当事業所<br>ご利用相談室 | 窓口担当者 (管理者) 藤村 厚 (生活相談員) 早田 美里<br>ご利用時間 平日 午前9時～午後5時<br>ご利用方法 ①直通電話 093-381-6657<br>②E-mail: fureaimura-dayserv.@koujitsuen.jp<br>③面接 上記時間におこしください。 |
|----------------|---|

★公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

|   |  |
|---|--|
| 門司区<br>高齢者・障害者相談<br>コーナー<br>介護保険担当            | 所在地 北九州市門司区清滝1丁目1-1<br>電話番号 093-321-4800<br>FAX 093-321-3684<br>対応時間 平日午前8時30分～午後5時15分 |
| 小倉北区<br>高齢者・障害者相談<br>コーナー<br>介護保険担当           | 所在地 北九州市小倉北区大手町1-1<br>電話番号 093-582-3430<br>FAX 093-562-1382<br>対応時間 平日午前8時30分～午後5時15分  |
| 福岡県国民健康保険団<br>体連合会(国保連)<br>介護保険課<br>介護サービス相談係 | 所在地 福岡市博多区吉塚本町13番47号<br>電話番号 092-642-7859<br>FAX 092-642-7857<br>対応時間 午前9時～午後5時        |



## 12 事業者の概要

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 名称・法人種別                 | 社会福祉法人 春秋会（しゅんじゅうかい）  |
| 代表者名                    | 理事長 渡辺 英雄   |
| 所在地<br>連絡先              | 所在地 北九州市小倉南区曾根新田北3-2-1<br>電話番号 093-474-2288<br>FAX 093-474-2277 |
| 提供しているサービス              | 介護保険事業所番号   |
| 居宅介護支援事業<br>(ケアプランセンター) | 4070100138  |

令和 年 月 日

契約の締結にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

<事業者>

所在地 北九州市門司区社ノ木2丁目4番1号

事業者名 北九州市立ふれあいむら社ノ木デイサービスセンター

管理者名 藤村 厚 印

(指定番号 4070100138 )

<説明者>

所 属 北九州市立ふれあいむら社ノ木デイサービスセンター

氏 名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護サービスについて重要事項説明を受けました。

<利用者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印