

介護予防通所介護予防給付型・生活支援型重要事項説明書

＜令和3年4月1日現在＞

1 事業者の概要

| | |
|-------|----------------------|
| 事業者名 | 社会福祉法人 春秋会 |
| 所在地 | 北九州市小倉南区曾根新田北3丁目2番1号 |
| 代表者 | 今村豊史 |
| 電話番号 | 093-474-3003 |
| FAX番号 | 093-474-2277 |

2 事業所の概要

| | | |
|----------------|-----------------------|--|
| 事業所名 | 好日苑（こうじつえん）デイサービスセンター | |
| 所在地 | 北九州市小倉南区曾根新田北3丁目2番1号 | |
| 管理者の氏名 | 倉石久美 | |
| 電話番号 | 093-474-3003 | |
| FAX番号 | 093-474-2277 | |
| サービス（介護保険指定番号） | 通所介護(4070500493号) | |
| サービスを提供する地域 | 北九州市内 | |
| 定員 | 40名（予防給付型） | |
| | 10名（生活支援型） | |

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

事業所の職員配置

| | 職務の内容 | 常勤 | 非常勤 | 合計 |
|-------------------|-----------------------------|----|-----|----|
| 管理者 | 業務の一元的な管理 | 1名 | 0名 | 1名 |
| 生活相談員 | 生活指導及び相談 | 1名 | 0名 | 1名 |
| 看護職員 機能訓練指導員兼務 | 心身の健康管理、保健衛生管理 機能回復訓練の指導 | 0名 | 2名 | 2名 |
| 介護職員 | 介護業務 | 2名 | 3名 | 8名 |
| | 介護業務兼務 | 3名 | | |
| 機能訓練指導員 | 機能回復訓練の指導 | 1名 | 0名 | 1名 |

サービス提供の時間帯

| | |
|---------|---|
| 営業時間 | 8:30～17:30 |
| 月曜日～土曜日 | サービス提供時間（予防給付型）10:00～14:30 |
| | サービス提供時間（生活支援型）10:00～13:00 13:00～16:00 |
| 祝日 | サービス提供時間（予防給付型）10:00～14:30 |
| | サービス提供時間（生活支援型）10:00～13:00 13:00～16:00 |

3 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、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支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の身体機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目的とします。

(2) 運営方針

利用者が居宅において、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、常に利用者の立場に立った、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行います。

地域との結びつきを重視し、関係保険者、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」に基づいて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機能訓練を行います。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ています。

4 サービスの内容

予防給付型サービス

- ① 入浴サービス
- ② 給食サービス
- ③ 相談・援助等の生活指導、レクリエーション
- ④ 日常動作訓練
- ⑤ 健康チェック
- ⑥ 送迎

⑦ 運動器機能向上

⑧ 口腔機能向上

⑨ 認知症予防

生活支援型サービス

① 入浴サービス

② 生活に関する相談及び助言

③ 健康状態の確認

④ 送迎

⑤ その他、要支援者等に必要な日常生活上の支援

5 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）】

| 予防給付型サービス | | | | |
|-----------|------|---------|--------|---------|
| | 単位数 | サービス費 | 利用者負担金 | |
| 要支援1 | 1672 | 16,954円 | 1割 | 1,696円 |
| | | | 2割 | 3,391円 |
| | | | 3割 | 5,087円 |
| 要支援2 | 3428 | 34,759円 | 1割 | 3,476円 |
| | | | 2割 | 6,953円 |
| | | | 3割 | 10,428円 |

| 生活支援型通所サービス | | | | |
|-------------|------|---------|--------|--------|
| | 単位数 | サービス費 | 利用者負担金 | |
| 要支援1 | 1315 | 13,334円 | 1割 | 1,334円 |
| | | | 2割 | 2,667円 |
| | | | 3割 | 4,001円 |
| 要支援2 | 2631 | 26,678円 | 1割 | 2,668円 |
| | | | 2割 | 5,336円 |
| | | | 3割 | 8,004円 |

※上記設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安を基準とします。

【加算分】

| | 加算単位数 | サービス費 | 利用者負担金 | |
|-------------------------|---|--------|--------|------|
| | | | 割合 | 金額 |
| 運動器機能向上加算 | 225/月 | 2,281円 | 1割 | 229円 |
| | | | 2割 | 457円 |
| | | | 3割 | 685円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40/月 | 405円 | 1割 | 41円 |
| | | | 2割 | 81円 |
| | | | 3割 | 122円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ (要支援1) | 88/月 | 892円 | 1割 | 90円 |
| | | | 2割 | 179円 |
| | | | 3割 | 268円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ (要支援2) | 176/月 | 1,784円 | 1割 | 179円 |
| | | | 2割 | 357円 |
| | | | 3割 | 536円 |
| 事業所評価加算 | 120/月 | 1,216円 | 1割 | 122円 |
| | | | 2割 | 244円 |
| | | | 3割 | 365円 |
| 送迎加算 (生活支援型) | 90/月 | 912円 | 1割 | 92円 |
| | | | 2割 | 183円 |
| | | | 3割 | 274円 |
| 入浴加算 (生活支援型) | 105/月 | 1,064円 | 1割 | 107円 |
| | | | 2割 | 213円 |
| | | | 3割 | 320円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 所定単位数にサービス別加算率(5.9%)を乗じた金額を別途加算させていただきます。 | | | |

- 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割もしくは2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割もしくは2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 |
|-----------------------|------------------------------|
| 昼 食 代 | 490円 |
| 日常生活に要する費用で本人の負担となるもの | 要した費用の実費 |
| オムツ代 | パット 男性用 1枚 30円 女性用 1枚 40円 |
| | 紙オムツ 1枚 70円 |
| | 紙パンツ 1枚 150円 |

(3) 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お支払いいただきます。

- 自動引落とし ※手数料は、事業者が負担します
 ゆうちょ銀行
 Qネットサービス

- 金融機関振込 ※手数料は、事業者が負担します

| 西日本シティ銀行 | | 曾根支店 |
|----------|-------|--|
| 普 | 口座名義人 | 社会福祉法人 春秋会 好日苑デイサービスセンター 理事長 渡辺 英雄 |
| | 口座番号 | 0777735 |

(4) 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) 社会福祉法人による利用者負担軽減制度

下記の対象者要件をすべて満たしている方は、社会福祉法人が行う介護サービスの利用者負担を申請により軽減できる制度があります。

詳しくは住所地の区役所「介護保険係」へお問い合わせください。

<対象となるサービス>

- ・訪問介護（ホームヘルプサービス）
- ・短期入所生活介護（ショートステイ）
- ・通所介護（デイサービス）
- ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等

| 対象者 | 利用者負担上限額 |
|----------------------------|----------|
| 高齢福祉年金受給者で一定の要件を満たす方 | 2分の1 |
| 収入が年150万円以下の人などで一定の要件を満たす方 | 4分の1 |

6 キャンセル料

利用者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% |

キャンセルが必要となったときは至急ご連絡ください。

| | |
|-----|--------------|
| 連絡先 | 093-474-3003 |
|-----|--------------|

7 サービス利用にあたっての留意事項

| | |
|-----------|---|
| 食 事 | 昼食は準備したものをご利用ください。 |
| 喫 煙 | 館内及び敷地内全面禁煙となっています。 |
| 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。 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。 |
| 備 品 | 備品の管理にご協力ください。 |

8 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。

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、居宅介護支援事業者などへ連絡をします。

10 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。また事故の内容及び対応状況について記録します。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 | 東京海上日動火災保険株式会社 |
| 保 険 内 容 | 対人賠償 対物賠償 受託物賠償 |

11 個人情報の取り扱い

法人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扱いに努力するとともに、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、個人情報を保護します。

12 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 ご利用相談室 | 窓口担当者 | 松永ゆかり (生活相談員) |
| | ご利用時間 | 平日 9:00～17:00 |
| | ご利用方法 | 電話 093-474-3003 |
| | | ② e-mail: dayserv@koujitsuen.jp ③ 面接 上記時間内におこしてください。 |

★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。

| | |
|---|---|
| 小倉南区役所 高齢者 障害者 相談コーナー 介護保険担当 | 所在地 北九州市小倉南区若園5丁目1番2号 電話番号 093-951-4111 (内472) FAX 093-923-0520 対応時間 平日8:30~17:00 |
| 福岡県国民健康保険 団体連合会(国保連) 介護保険課 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 電話番号 092-642-7859 FAX 092-642-7857 対応時間 9:00~17:00 |
| 福岡県社会福祉協議会 福岡県運営適正化 委員会事務局 | 所在地 福岡県春日市原町3丁目1番7号 クローバープラザ4階(東棟) 電話番号 092-915-3511 FAX 092-915-3512 対応時間 9:00~17:00 |

1.3 同一施設内のその他の事業所

| 事業の種類 | 指定年月日 | 指定番号 | 定員 |
|--------------------------|----------|------------|-----|
| 特別養護老人ホーム | 令和2年4月1日 | 4070500436 | 70人 |
| 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護 | 令和2年4月1日 | 4070500501 | 16人 |
| 訪問介護 介護予防訪問介護 | 令和2年7月1日 | 4070501137 | |
| 居宅介護支援事業 | 令和2年4月1日 | 4070500600 | |

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 北九州市小倉南区曾根新田北3丁目2番1号

社会福祉法人 春秋会
事業者名 好日苑デイサービスセンター

代表者名 管理者 倉石 久美 印
(指定番号 4070500493)

<説明者>

所 属 好日苑デイサービスセンター

氏 名 生活相談員 松永 ゆかり 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防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