

通所介護

重要事項説明書

1 デイサービスセンター微笑園の概要

(1) 法人の概要

法人名	社会福祉法人天真会
所在地	福岡市東区三苫2丁目28番41号
代表者名	木村 一孝
電話番号	092-606-2380
FAX番号	092-606-2654

(2) 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンター微笑園
所在地	福岡市東区三苫2丁目28番40号
管理者名	野中 眞知子
電話番号	092-605-6512
FAX番号	092-605-6512
事業者番号	4070803020
利用定員	30人

2 当事業所の目的と運営方針

当事業所は、介護保険法及び関係書法令・条例の主旨に従い、ご利用者がその能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう通所介護サービスの提供を行います。

当事業所では、個人の尊厳・プライバシーを尊重し、ご利用者の心身の状態・環境に配慮します。居宅において可能な限り自立した生活が営めるよう適切な生活援助・指導、リハビリ等を行い効果的に心身の機能の維持、回復をはかります。

3 施設の概要

建 物	構造	鉄骨造
	延べ床面積	292.5 m ²
	利用定員	30 名

4 従業員の職種、員数及び職務の内容

- 1.管理者 1名 (訪問介護管理者と兼務)

管理者は事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。

- 2.生活相談員 2名以上 (常勤1名 非常勤1名)

生活相談員は、利用者の生活の向上を図るため適切な相談、援助その指定通所介護の提供を行う。

- 3.看護職員 2名以上 (非常勤2名以上)

看護職員は、看護その他の指定通所介護の提供にあたる。

- 4.介護職員 3名以上 (非常勤3名以上)

介護職員は、介護その他の指定通所介護の提供にあたる。

- 5.機能訓練指導員 2名以上 (常勤1名 非常勤1名以上)

機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練、指導、助言を行う。

- 6.調理員 必要に応じて配置する。

調理業務を行う。

- 7.事務職員 必要に応じて配置する。

必要な事務を行う。

5 営業時間

月曜日～土曜日 8 時 30 分 ～ 17 時 30 分

定休日、休日 日曜日 1月1日、1月2日

6 実施地域

福岡市東区

7 サービス内容

サービス	内 容
健康管理	体温、血圧など身体状況のチェックを行います。当日のチェックによりサービスを中止することがあります。
食 事	ご利用者の状況に応じて適切な食事介助を行います。 併せて自立に向けた指導、支援を行います。
入 浴	入浴または、清拭を行います。ご本人の体調、当施設の都合上入浴できない場合があります。
排せつ	ご利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行います。 併せて自立に向けた指導、支援を行います。

機能訓練	機能訓練指導員により、身体機能の維持・回復に向けた機能訓練を行います。
送 迎	ご自宅と施設間の送迎を行います。
相談・助言	ご利用者・ご家族の相談に応じます。適時助言等を行います。

2. その他

- (1) 通所介護計画書・介護予防通所介護計画書については、ご利用者又はご家族に説明し、同意をいただきます。
- (2) このサービスの提供に当たっては、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を提供します。
- (3) サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすいよう説明します。
もし、分からないことがあればいつでも職員にご質問下さい。
- (4) 職員は常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでもその場でお求め下さい。

8 利用料金

料金表に沿って、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（自己負担割合に応じた額）と、食事にかかる自己負担額、クラブ活動材料費やその他日常生活においても通常必要となるものに係る費用の負担をお願いすることがあります。

- ・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頂きます。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されます（償還払い）
- ・保険適応外部分について料金を改定する際には1ヶ月以上前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。

その他、介護保険料滞納者、生活保護世帯該当者様については、別途の対応とさせていただきます

(2) 介護保険給付対象外サービス

サービス種別	サービスの内容	料 金
食 事	食事時間 昼食 12時00分 ～ 13時00分 ＊アレルギーや好き嫌いを事前にお尋ねしています。	別に定める料金表の通り、ご負担いただきます。
特別食	ご希望により特別食をご用意しています。	実費をご負担いただきます。
レクレーション行事	参加は任意です。	事前にお知らせし、実費をご負担いただくことがあります。

＜お支払方法＞当事業所はお客様に対し、毎月10日までに前月の利用料などの内訳を記載した利用料明細書兼請求書を送付します。利用料は、毎月15日の銀行口座落としにして頂くか、毎月15日迄に現金でお支払い下さい。

利用料金別表 1

9 サービスの終了

- ア お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する旨をお申し出ください。
- イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1か月前までに文書で通知いたします。
- ウ ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、自立と認定された場合
・お客様が亡くなられた場合

エ その他

お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、正当な理由なく2カ月以上の料金滞納があり、再三の督促にも関わらず場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

10 個人情報の取扱につきまして

当事業所は「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修につとめ漏洩に注意を払います。また、情報を第三者に提供する場合を別紙にてご提示し、事前にお客様のご承認をいただいております。あらかじめお示しした用途以外には決して利用しません。

1.1 情報開示につきまして

当事業所は、お客様の求めに従って、お客様ご自身に関する情報(通所介護記録、サービス提供記録に類するもの、その他)を開示しております。遠慮なくお尋ねください。

ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、当事業所所定の書面によりご本人様のご了解を得てからの情報提供になります。あらかじめご了承ください。

1.2 緊急時の対応方法

ご利用者の病状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、主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。又緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名 所属医療機関の名称 所在地 電話番号
協力医療機関	医療機関の名称 所在地 電話番号
緊急連絡先	氏名 住所 電話番号 昼間の連絡先 夜間の連絡先

- (1) サービスの提供中に事故が発生、または容態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致します。
- (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。
このサービスの提供にあたっては、お客様の要介護状態の軽減又は悪化の防止になるよう、適切にサービスを提供します。

サービスの提供内容については、丁寧に分かりやすいよう説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご質問下さい。

1 3 事故・トラブル発生等につきまして

本説明書 1-(2)の電話番号宛、または担当者宛にご連絡をお願いいたします。

必要に応じて、ケアマネジャー、他のサービス事業者、市町村窓口等へ連絡等必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、事故報告書に基づき調査検討をして、再発を防ぐための対策を講じます。

1 4 苦情等につきまして

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一 不満や苦情がおありでしたら、遠慮なくお申し付けください。下記電話番号、責任者宛にご連絡をお願いいたします。

苦情受付電話 092-605-6512 責任者 野中 眞知子

第三者委員 荒巻 法恵 T E L 0940-43-3702

木下 恵介 T E L 092-607-4383

①福岡市東区保健福祉センター 福祉・介護保険課 T E L 092-645-1071

②福岡県国民健康保険団体連合会 T E L 092-642-7859

1 5 非常災害時の対策

災害時の対応	別に定める「消防計画」および「災害時対応マニュアル」にのっとり行動します。
訓練等	近隣との協力関係を築くとともに、消防計画にのっとり、年 <u> </u> 回避難訓練を行います。
防災設備	当施設の防災設備 ・火災報知機、消火器
消防計画等	福岡市東消防署へ届出 防火管理者： 野田 孝洋

1 6 第3者評価

調査 (有 ・ 無)

デイサービスセンター微笑園利用料金表

別表 1
5 級地

1 厚生労働大臣の定める基準によるもの（単位数）

(1)通常規模型通所介護

所要時間	要介護度	単位数	加算料金		計 (単位数)	介護保険料 (円)	利用者 負担額 (円)
			入浴介助 加算 I	個別機能 訓練 I ロ (I イ)			
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	370	40	76 (56)	486	5,078	508
	要介護 2	423			539	5,632	564
	要介護 3	479			595	6,217	622
	要介護 4	533			649	6,782	679
	要介護 5	588			704	7,356	736
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	388			504	5,266	527
	要介護 2	444			560	5,852	586
	要介護 3	502			618	6,458	646
	要介護 4	560			676	7,064	707
	要介護 5	617			733	7,659	766
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	570			686	7,168	717
	要介護 2	673			789	8,245	825
	要介護 3	777			893	9,331	934
	要介護 4	880			996	10,408	1,041
	要介護 5	984			1,100	11,495	1,150
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	584			700	7,315	732
	要介護 2	689			805	8,412	842
	要介護 3	796			912	9,530	953
	要介護 4	901			1,017	10,627	1,063
	要介護 5	1,008			1,124	11,745	1,175
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	658			774	8,088	809
	要介護 2	777			893	9,331	934
	要介護 3	900			1,016	10,617	1,062
	要介護 4	1,023			1,139	11,902	1,191
	要介護 5	1,148			1,264	13,208	1,321

※人員状況等勘案し、(I イ)を算定する事もあります。

利用料金は福岡市は地域加算 5 級地の為、上表の単位数に 1 単位あたりの単価 10.45 円を乗じて算定します。利用者負担金は、その 1 割の額となります。また、入浴等のサービスを提供しなかった場合は、その部分の加算はありません。

計算例：要介護 1 の方が 7 時間以上 8 時間未満で利用し、入浴・個別機能訓練をされなかった場合

合計： 658 単位

658 単位 × 10.45 円 = 6,876 円（端数切り捨て）

介護保険給付額：6,876 円 × 9 割 = 6,188 円（端数切り捨て）

利用者負担額：6,876 円 - 6,188 円 = 688 円

(2)介護予防型通所サービス

1 ヶ月の料金

要介護度	単位数	介護保険料(円)	利用者負担額(円)
要支援 1	1,798	18,789	1,879
要支援 2 (週 1 程度)	1,798	18,789	1,879
要支援 2 (週 2 程度)	3,621	37,839	3,784

※通所介護処遇改善加算(Ⅱ)

サービスご利用単位数に 9.0%を乗じた単位数(金額)の 1 割がご利用者負担金に加算されます。

2 その他の費用

厚生労働大臣の定める基準によるもののほかに以下の費用がかかります。

食事代(おやつ代含)		600 円
通常事業の実施地域以外の地域に係る送迎の追加費用	通常事業の実施地域外から片道 10km 以下	無料
	通常事業の実施地域外から片道 10 km以上	300 円(往復)
紙オムツ代	パンツ型	100 円
	尿とりパッド	50 円

※ その他日常生活においても通常必要となるものに係る費用の負担をお願いすることがあります。

令和 年 月 日

説明事項確認書

通所介護サービスの提供にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明いたしました。

事業所

所在地 福岡市東区三苫2丁目28番40号

名 称 デイサービスセンター微笑園

説明者氏名

印

私は、本書面により、「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

ご利用者 住所

氏名 _____ 印

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断、対応します。
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。)

住所

氏名 _____ 印