

通所介護重要事項説明書

1	利用者（被保険者）	様
---	-----------	---

要介護認定区分	
要介護認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
認定審査会意見	

2 ご利用施設

施設 の 名 称	もみじ苑 デイサービスセンター	
施設 の 所在地	北九州市八幡西区藤原四丁目１５－３３	
管 理 者 名	皆 川 徹	
電 話 番 号	(０９３)	６０１－７７６０
F A X 番号	(０９３)	６０１－７７６８
サービス（介護保険指定番号）	通所介護（４０７０７００２９１）	サービスを提供する地域 北九州市八幡西区、若松区

(1) 事業所の職員体制

		常 専従	勤 兼任	非常勤 専従	非常勤 兼任	合 計
管 理 者	業務の一元的な管理		1名			1名
生活相談員	生活指導及び相談		2名			2名
看 護 職 員	心身の健康管理、保健衛生管理		1名		3名	3名
介護職員	介護業務	2名	1名	2名		5名
機能訓練指導員	個別機能訓練	1名	1名		3名	3名
送迎員	送迎業務			3名		3名

(2) サービス提供の時間帯

	営業時間帯	サービス提供時間
平日・土曜・日曜	8：30～16：45	10：00～15：30

※休日（1月1日・2日・3日）

※サービス提供時間には、送迎に要する時間は含みません。

3 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

要介護者又は要支援者が通所し、施設において、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を受け、心身機能の維持を図り、自立的生活の助長、社会的孤立感の解消を図り、併せて介護している家族の精神的・身体的負担の軽減を図ることを目的とする。

(2) 運営方針

- 1 本事業所は、利用者が要介護状態になった場合においても、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配慮して行う。
- 2 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、介護目標と計画を作成し、日常生活の助長に積極的に援助する。
- 3 本事業の運営に当たっては、地域社会、行政機関(保険者)、居宅介護支援事業者、保健医療サービス提供者、その他関係機関と緊密な連携を図り、在宅高齢者の福祉の向上に積極的に寄与するために、本会 の事業の円滑な運営に努める。

4 サービスの内容

- ① 生活指導 ② 機能訓練 ③ 介護サービス ④ 介護方法の指導
⑤ 健康状態の確認 ⑥ 送 迎 ⑦ 入浴サービス⑧ 給食サービス

5 利用者負担金

通所介護の利用料

- (1) 介護報酬の告示額（通所介護費）
イ．通常規模型通所介護費

共通サービス費 サービス単位及び1割負担額

認定区分	サービス単位（１回）	利用料金（１回）
	５～６時間	
要介護１	５７０単位	５７７円
要介護２	６７３単位	６８２円
要介護３	７７７単位	７８７円
要介護４	８８０単位	８９２円
要介護５	９８４単位	９９７円

(2) 口. 加 算 額

- | | | |
|------------------|------------------------|-------|
| (1) 入浴介助加算 | 40単位 | 41円/日 |
| (2) 個別機能訓練加算Ⅰ（イ） | 56単位 | 57円/日 |
| (3) 個別機能訓練加算Ⅱ | 20単位 | 21円/月 |
| (4) 通所介護処遇改善加算Ⅱ | 総単位数×9%の1割分をご負担いただきます。 | |
| (5) 科学的介護推進体制加算 | 40単位 | 41円/月 |

八. 地域加算

- (1)イ・(2)ロのそれぞれ単位の合計に10.15円を乗じて得た金額を介護保険告示額とする。

- (3) その他の利用料

食 費	朝食：１００円／１食	昼食：５００円／１食	
日用品・娯楽費	実費	紙パンツ・尿とりパッド等	実 費

- 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。

(4) 利用者負担金の支払い方法

利用者は、原則として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、翌々月 10 日までに次のいずれかの方法により支払います。

- ☐ 現金払い ☐ 預金口座振替（手数料 法人負担）
☐ 金融機関振込 ※ 手数料は、（利用者）の負担となります。

福岡銀行黒崎支店（普通預金）	口座名義人	社会福祉法人 本 城 会
口 座 番 号	3 6 3 9 1 3 5	理 事 長 福 島 智 子

(5) 領収書の発行

事業者は、利用者から利用負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

(6) 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営業日までに連絡があった場合	無	料
利用日の1営業日までに連絡があった場合	利用者負担金の	%
利用日の1営業日までに連絡がなかった場合	利用者負担金の	%

※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 もみじ苑デイサービスセンター

TEL: 093-601-7760 もしくは 080-3479-7547

6 サービス利用にあたっての留意事項

喫 煙・飲 酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒はできません。
迷惑行為等	騒音、暴力行為等他の利用者の迷惑になる行為等をご遠慮願います。
貴重品の管理	貴重品は持ち込まないで下さい。
健康の理由による 利用中止	風邪等病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。又、当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合サービスの変更、中止することがあります。その場合ご家庭に連絡の上適切に対応いたします。

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立てて、年3回利用者及び従業員の訓練を行います。

8 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	病院名	
	氏名	
	連絡先	

緊急連絡先 ※緊急時、必ず連絡が取れる方をご記入ください。

第1連絡先	氏名	(続柄)	
	電話		携帯電話
	住所		
第2連絡先	氏名	(続柄)	
	電話		携帯電話
	住所		
第3連絡先	氏名	(続柄)	
	電話		携帯電話
	住所		

緊急搬送希望病院 ※緊急時、救急隊に搬送病院を聞かれますのでご記入ください。

第1希望	病院名：	担当医師名
第2希望	病院名：	担当医師名
第3希望	病院名：	担当医師名

9 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

10 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

11 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及び

その家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

13 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。
ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

(損害賠償責任保険)

保 險 会 社	第 一 保 険 株 式 会 社
保 險 内 容	1名 25,000千円 1事故 100,000千円 財物損壊1事故 10,000千円

14 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	生活相談員 皆川 徹
	ご利用時間	毎日午前9時～午後5時
	ご利用方法	電 話 (093) 601-7760
		FAX (093) 601-7768
		面 接

★ 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。

<介護保険担当> 八幡西区保健福祉課 若松区役所保健福祉課	電話番号	(093)-642-1446
	電話番号	(093)-761-4046
	各区とも対応時間は平日午前8時30分～午後5時	
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
	電話番号	(092) 642-7813
	F A X	(092) 642-7853
	対応時間	平日午前9時～午後5時

15 サービスの第三者評価の実施状況について

【実施の有無】	無し
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	

＜令和 年 月 日＞

通所介護サービス及び介護予防通所介護サービスの開始にあたり、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 北九州市八幡西区藤原四丁目15-33

事業 者 名 社会福祉法人 本 城 会

代表者名 理事長 福島 智子 印
(指定番号 4070700291)

＜ 説明者 ＞

所属 もみじ苑 デイサービスセンター

氏 名 管 理 者 皆 川 徹 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。

※令和3年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、
記名（印字、ゴム印又は代筆）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

＜利用者＞

住所

氏 名 印

＜ご家族（代理人）＞

住所

氏 名 (続柄) 印