

第二デイサービスあおい

指定地域密着型通所介護

福岡市介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（指定介護予防型通所サービス）

重要事項説明書

1.事業者

- | | |
|-----------|--------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 葵会 |
| (2) 法人所在地 | 福岡県福岡市西区室見が丘二丁目 22 番 1 号 |
| (3) 電話番号 | 092-812-5111 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 田添 一正 |
| (5) 設立年月 | 平成 23 年 9 月 6 日 |

2. 事業所の概要

(1) 事業の種類

指定地域密着型通所介護事業

福岡市介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（指定介護予防型通所サービス）（以下、「指定介護予防型通所サービス」という。）

平成24年8月1日指定 福岡市 4071202685号

当事業所は特別養護老人ホームあおいに併設されています。

(2) 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を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の維持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ため、要介護状態（指定介護予防型通所サービスにあっては要支援状態、事業対象）にある高齢者に対し、適切な指定地域密着型通所介護及び指定介護予防型通所サービスを提供することを目的とする。

(3) 事業所の名称

第二デイサービス あおい

(4) 事業所の所在地

福岡市西区室見が丘2丁目22番1号

(5) 電話番号

092-812-5111

(6) 事業所長（管理者）氏名

森 亜紀子

(7) 当事業所の運営方針

指定地域密着型通所介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は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、計画的に行うものとする。

指定介護予防型通所サービスの提供にあっては、事業所は、要支援者（事業対象者）が可能な限りその居宅において、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合った、必要な日常生活の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

事業の実施に当たっては、市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努める。

(8) 開設年月日

平成24年 8月 1日

(9) 利用定員

15名

3.事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 福岡市西区、城南区、早良区、南区の区域とする。
- (2) 営業日 月曜日から土曜日まで。(ただし、8月15日、及び12月31日～翌年1月3日までを除く)
- (3) サービス提供時間 午前10時00分から午後16時00分まで。
- (4) ご利用相談窓口 〈担当者〉 森 亜紀子
〈連絡先〉 TEL : 092-812-5111
FAX : 092-812-5122

4.職員の配置状況

当事業所では、利用者に対し指定地域密着型通所介護・指定介護予防型通所サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

<主な配置状況>

※職員の配置につきましては、指定基準を遵守しています。

職種	員数	指定基準
1.管理者	1名	1名
2.生活相談員	1名以上	1名
3.介護職員	1名以上	1名
4.看護職員	1名以上	1名
5.機能訓練指導員	1名	1名

<主な職員の勤務体制>

職種	勤務体制
1.介護職員	勤務時間 8:30～17:30
2.看護職員	勤務時間 8:30～17:30
3.生活相談員	勤務時間 8:30～17:30
4.機能訓練指導員	勤務時間 8:30～17:30

5.当事業所が提供するサービスと利用料金

- (1) 介護保険の給付対象となるサービス

<サービスの概要>

当事業所では、入浴・食事・排泄等の日常生活上の支援、生活に関する相談及び助言、健康状態の確認、アクティビティ活動（集団レクリエーション・創作活動）、及び機能訓練を行います。

＜サービス利用料金＞

- ・指定地域密着型通所介護

サービス利用料金表（１割負担）

	要介護度				
	1	2	3	4	5
利用者自己負担基本額（月額）	¥1,453	¥1,593	¥1,734	¥1,872	¥2,014

基本額算定		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
保険 給 付 費	地域通所介護 3	657	776	896	1,013	1,134
	入浴介助加算Ⅰ （Ⅱに該当しない場合）	40	40	40	40	40
	入浴介助加算Ⅱ	55	55	55	55	55
	個別機能訓練加算Ⅰイ	56	56	56	56	56
1日あたりの保険給付額（A）		768	887	1,007	1,124	1,245
介護職員等処遇改善加算Ⅱ ロ（B）（A×0.125）		96	111	126	141	156
1日の総単位数（C）（A+B）		864	998	1,133	1,265	1401
①保険対象費用総額 （C×10.45）		¥9,028	¥10,429	¥11,839	¥13,219	¥14,640
②月額保険給付額（①×9割）		¥8,125	¥9,386	¥10,655	¥11,897	¥13,176
③介護保険利用者負担額 （①－②）		¥903	¥1,043	¥1,184	¥1,322	¥1,464
④食費		¥600				
利用者自己負担額（③＋④）		¥1,453	¥1,593	¥1,734	¥1,872	¥2,014

※下記の通り、上記の保険給付に別途加算されます。

- 科学的介護推進体制加算 40単位／月
- 個別機能訓練加算Ⅱ 20単位／月

※また、以下に該当される場合、上記の保険給付に別途加算、もしくは減算されます。

- 栄養改善加算 月2回まで200単位／1回
- 口腔機能向上加算 月2回まで150単位／1回
- 送迎減算 片道 －47単位／1回

- ・指定地域密着型通所介護

サービス利用料金表（２割負担）

	要介護度				
	1	2	3	4	5
利用者自己負担基本額（日額）	¥2,356	¥2,636	¥2,918	¥3,194	¥3,478

基本額算定		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
保険 給 付 費	地域通所介護 3	657	776	896	1,013	1,134
	入浴介助加算Ⅰ (Ⅱに該当しない場合)	40	40	40	40	40
	入浴介助加算Ⅱ	55	55	55	55	55
	個別機能訓練加算Ⅰイ	56	56	56	56	56
1日あたりの保険給付額 (A)		768	887	1,007	1,124	1,245
介護職員等処遇改善加算Ⅱ ロ (B) (A×0.125)		96	111	126	141	156
1日の総単位数 (C) (A+B)		864	998	1,133	1,265	1,401
①保険対象費用総額 (C×10.45)		¥9,028	¥10,429	¥11,839	¥13,219	¥14,640
②日額保険給付額 (①×8割)		¥7,222	¥8,343	¥9,471	¥10,575	¥11,712
③ 介護保険利用者負担額 (①－②)		¥1,806	¥2,086	¥2,368	¥2,644	¥2,928
④ 食費		¥600				
利用者自己負担額 (③+④)		¥2,356	¥2,636	¥2,918	¥3,194	¥3,478

※下記の通り、上記の保険給付に別途加算されます。

- 1.科学的介護推進体制加算 40単位／月
- 2.個別機能訓練加算Ⅱ 20単位／月

※また、以下に該当される場合、上記の保険給付に別途加算、もしくは減算されます。

- 3.栄養改善加算 月2回まで200単位／1回
- 4.口腔機能向上加算 月2回まで150単位／1回
- 5.送迎減算 片道 -47単位／1回

- ・指定地域密着型通所介護

サービス利用料金表（３割負担）

	要介護度				
	1	2	3	4	5
利用者自己負担基本額（日額）	¥3,259	¥3,679	¥4,102	¥4,516	¥4,942

基本額算定		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
保険 給 付 費	地域通所介護 3	657	776	896	1,013	1,134
	入浴介助加算Ⅰ （Ⅱに該当しない場合）	40	40	40	40	40
	入浴介助加算Ⅱ	55	55	55	55	55
	個別機能訓練加算Ⅰイ	56	56	56	56	56
1日あたりの保険給付額（A）		768	887	1,007	1,124	1,245
介護職員処遇改善加算Ⅱロ （B） （A×0.125）		96	111	126	141	156
1日の総単位数（C）（A+B）		864	998	1,133	1,265	1,401
①保険対象費用総額 （C×10.45）		¥9,028	¥10,429	¥11,839	¥13,219	¥14,640
②日額保険給付額（①×7割）		¥6,319	¥7,300	¥8,287	¥9,253	¥10,248
③介護保険利用者負担額 （①－②）		¥2,709	¥3,129	¥3,552	¥3,966	¥4,392
④ 食費		¥600				
利用者自己負担額（③＋④）		¥3,259	¥3,679	¥4,102	¥4,516	¥4,942

※下記の通り、上記の保険給付に別途加算されます。

- 1.科学的介護推進体制加算 40単位／月
- 2.個別機能訓練加算Ⅱ 20単位／月

※また、以下に該当される場合、上記の保険給付に別途加算、もしくは減算されます。

- 3.栄養改善加算 月2回まで200単位／1回
- 4.口腔機能向上加算 月2回まで150単位／1回
- 5.送迎減算 片道 －47単位／1回

- ・指定介護予防型通所サービス

サービス利用料金表（１割負担）

	要支援度	
	1	2
利用者自己負担基本額（月額）	¥2,161	¥4,305

基本額算定		要支援 1	要支援 2
保険 給 付 費	通所型独自サービス	1,798	3,621
	科学的介護推進体制加算	40	40
一月あたりの保険給付額（A）		1,838	3,661
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ（B） （A×0.125）		230	458
1日の総単位数（C）（A+B）		2,068	4,119
① 保険対象費用総額（C×10.45）		¥21,610	¥43,043
② 月額保険給付額（①×9割）		¥19,449	¥38,738
利用者自己負担基本額（①－②）		¥2,161	¥4,305

※その他、食費¥600×回数が別途加算されます。

※また、以下に該当される場合、上記の保険給付に別途加算されます。

- 1.栄養改善加算 月２回まで２００単位／１回
- 2.口腔機能向上加算 月２回まで１５０単位／１回

- ・指定介護予防型通所サービス

サービス利用料金表（２割負担）

	要支援度	
	1	2
利用者自己負担基本額（月額）	¥4,322	¥8,609

基本額算定		要支援 1	要支援 2
保険 給 付 費	通所型独自サービス	1,798	3,621
	科学的介護推進体制加算	40	40
一月あたりの保険給付額（A）		1,838	3,661
介護職員処遇改善加算Ⅱロ（B） （A×0.125）		230	458
1日の総単位数（C）（A+B）		2,068	4,119
① 保険対象費用総額 （C×10.45）		¥21,610	¥43,043
② 月額保険給付額（①×8割）		¥17,288	¥34,434
利用者自己負担基本額（①－②）		¥4,322	¥8,609

※その他、食費¥600×回数が別途加算されます。

※また、以下に該当される場合、上記の保険給付に別途加算されます。

- 1.栄養改善加算 月２回まで２００単位／１回
- 2.口腔機能向上加算 月２回まで１５０単位／１回

- ・指定介護予防型通所サービス

サービス利用料金表（３割負担）

	要支援度	
	1	2
利用者自己負担基本額（月額）	¥6,483	¥12,913

基本額算定		要支援 1	要支援 2
保険 給 付 費	通所型独自サービス	1,798	3,621
	科学的介護推進体制加算	40	40
一月あたりの保険給付額（A）		1,838	3,661
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ（B） （A×0.125）		230	458
1日の総単位数（C）（A+B）		2,068	4,119
① 保険対象費用総額 （C×10.45）		¥21,610	¥43,043
② 月額保険給付額（①×7割）		¥15,127	¥30,130
利用者自己負担基本額（①－②）		¥6,483	¥12,913

※その他、食費¥600×回数が別途加算されます。

※また、以下に該当される場合、上記の保険給付に別途加算されます。

- 1.栄養改善加算 月２回まで２００単位／１回
- 2.口腔機能向上加算 月２回まで１５０単位／１回

(2) 介護給付対象外サービス

- ・送迎代 ¥300（往復）（実施地域以外から片道 10Km を超えるとき）
- ・おむつ代 実費
- ・娯楽教育費 実費
- ・特別行事費 実費

(3) 利用料金のお支払方法

- 介護保険利用者負担金、及び食費は、毎月末締めで請求書を発送いたします。
翌月 20 日までにお支払いください。
- 介護保険の給付対象とならないサービス利用料（食費を除く）は、サービス利用ごとにお支払ください。

下記指定銀行への振り込み

西日本シティ銀行 千代町支店 普通預金 0497030

口座名義 社会福祉法人 葵会 理事 田添一正

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用者の都合により、指定地域密着型通所介護・指定介護予防型通所サービスをお休みされる場合は当事業所に、事前にご連絡ください。（当日でも可）
- 指定地域密着型通所介護・指定介護予防型通所サービスの利用日の変更、又は利用日の追加等の希望が生じた場合は、利用者のケアマネジャーにご相談下さい。
当事業所と担当ケアマネジャー間で協議し、できる限り、ご契約者の希望にそえるよう調整いたします。

6.緊急時の対応

- (1) 当事業所は、利用者に対し、施設職員の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- (2) 前項のほか、指定地域密着型通所介護（介護予防型通所サービス）の利用中に心身の状態が急変した場合、当事業所は、利用者が指定する者に対し、緊急に連絡をします。

7.事故発生時の対応

- (1) サービス提供等により事故が発生した場合、当事業所は、利用者に対し必要な処置を講じます。
- (2) 職員の判断により、専門的な医学的対応が必要と判断された場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- (3) 前項の他、当事業所は利用者の家族等利用者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

8.非常災害対策について

非常災害に関する具体的計画を立て、定期的に避難・救出、その他必要な訓練を行います。

9.苦情処理について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口にて受け付けます。

○苦情受付窓口・苦情解決責任者

第二デイサービス あおい 管理者 森 亜紀子

TEL : 092-812-5111

fax : 092-812-5122

○受付時間

午前 8:30~午後 5:30 (但し日曜日、8 月 15 日及び 12 月 31 日~翌年 1 月 3 日を除く)

また、ご意見箱を 1 階事務所前に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関 受付時間 (午前 9 時~午後 5 時)

福岡市.区役所 保健福祉センター福祉・介護保険課	TEL 092-895-7063	(西区役所)
	TEL 092-833-4352	(早良区役所)
	TEL 092-833-4102	(城南区役所)
	TEL 092-559-5127	(南区役所)
国民健康保険団体連合会	TEL 092-642-7859	
福岡県社会福祉協議会	TEL 092-915-3511	

10.身体拘束

サービスの提供にあたって、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護する為の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を行いません。

11. 虐待防止に関する事項

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者 森 亜紀子

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会 (テレビ電話装置等を活用して行うことが

できるものとする。)を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

- (3) 虐待防止のための指針を整備します。
- (4) 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (5) サービス提供中に、当事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

12. サービス利用に関する留意事項

- (1) 利用者及び利用者の家族等の禁止行為
 - ①職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
例：コップを投げつける／蹴る／唾を吐く
 - ②職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度で当然」と理不尽なサービスを要求する
 - ③職員に対するセクシャルハラスメント（意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）
例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話をする
- (2) 利用者又は利用者家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難になった場合は事業者から契約解除をさせていただくことがあります。

13. 運営推進会議について

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所の行う指定地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、利用者、家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6カ月に1回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内及び出席依頼を行います。

14. 介護サービス提供記録の開示

- (1) 事業者は、指定地域密着型通所介護・指定介護予防型通所サービスの提供に関する記録をつけ、その完結日から 5 年間保管します。
- (2) 利用者は、自己に関する第 1 項の記録の閲覧、または、実費を支払い複写物の交付を受けることができます。

15. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	1 あり	2 なし
	(2 なし)			

指定地域密着型通所介護・指定介護予防型通所サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 葵会 印

第二デイサービス あおい

説明者 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型通所介護・指定介護予防型通所サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

<利用者>

住所 _____

氏名 _____ 印

<家族代表者>

住所 _____

氏名 _____ (続柄) 印

<利用者代理人>

住所 _____

氏名 _____ (続柄) 印