

## 重要事項説明書

### 1 事業者の概要

#### ①提供できるサービスの地域と種類

法人名	社会福祉法人 風花会
事業所名	デイサービスセンター風の花
所在地	北九州市小倉北区浅野3丁目1番3号
管理者氏名	山本 泉
電話番号	093-512-3450
FAX番号	093-512-3451
介護保険指定番号	4070404050
サービス提供地域	北九州市
利用定員	30名

#### ②事業所の職員体制

	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	合計
管理者	0名	1名	0名	0名	1名
生活相談員	0名	3名	0名	0名	3名
看護職員	0名	1名	0名	2名	3名
介護職員	2名	2名	2名	1名	7名
理学療法士	1名	0名	0名	0名	1名

#### (職務内容)

- ・管理者は、事業所の従業員の管理および業務の管理を一元的に行うと共に、他の従業員と協力して通所介護計画及び介護予防通所介護計画の作成等を行う。
- ・生活相談員は、利用者の生活の向上を図るため利用者又はその家族等に適切な相談援助及び指導を行い、指定通所介護を行う。
- ・看護職員は、看護その他の指定通所介護の提供に当たる。
- ・介護職員は、介護その他の指定通所介護の提供に当たる。
- ・機能訓練指導員は、利用者の日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する為の訓練、指導、助言を行う。

#### ③サービス提供時間帯

曜日	営業時間	サービス提供時間
月曜日～土曜日	8:30～17:30	9:00～16:00
日曜日	休み	休み

※祝日は営業。但し、12月31日～1月2日は除く。

## 2 事業の目的及び運営の方針、内容

### ① 事業の目的

- 1 社会福祉法人 風花会が運営するデイサービスセンター風の花は、指定通所介護事業所及び指定第1号通所事業所（以下「事業所」という）が行う通所介護事業及び第1号通所事業（以下「事業」という）の適正な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の管理者または介護従事者（以下「介護従事者」という）が、要介護状態等となった利用者を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などを行うことにより、利用者の社会的孤独感の解消及び身体機能の維持並びに利用者の家族の介護負担の軽減を図ることを目的とします。

### ② 運営の方針

- 1 事業所の従業者等は、介護支援専門員が作成したケアプラン及び当事業所で作成した通所介護計画及び介護予防通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びそのものが日常生活を営むことができるように必要な援助を行う。
- 2 事業所の従業者は事業の提供にあたって、懇切丁寧に行うこととし、利用者またはその家族に対して事業の提供方法等について、理解しやすいように説明または指導を行う。
- 3 事業の提供にあたって、常に利用者の心身の状況を判断しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供する。
- 4 従業者の資質向上のため、すべての従業者に対し、研修を実施、受講できる体制整備を行う。特に、虐待の防止（指針整備、担当選定、委員会の開催、研修の実施）、ハラスメントに対する教育の実施や認知症介護に対する必要な資格等がない者に対し、認知症介護の関わる基礎的な研修を受講させる等の必要な措置を講じる。
- 5 当該事業所における感染症の予防及びまん延の防止や災害時のための対策について、指針整備、委員会の設置（概ね6月に1回以上）、継続的に支援ができる為の計画作成、従業員への定期的な研修及び訓練等を行う。
- 6 事業の実施にあたって、地域社会の一員として、関係自治体、地域住民、保健医療・福祉サービス等との綿密な連携（災害時含）を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- 7 提供するサービスの第三者による評価は実施しておらず。

### ③ サービスの内容

- ・健康状態の確認
- ・送迎サービス
- ・入浴や食事など介護サービス
- ・日常動作、個別機能訓練
- ・運動器機能向上訓練
- ・レクリエーション
- ・その他介護サービスの情報提供など

### 3 利用者負担金

#### ①利用者負担金一覧表

(通所介護サービス費) ※2割負担の方は下記の2倍、3割負担の方は下記の3倍の金額となります。

要介護区分	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満
要介護1	374円	392円	575円	590円
要介護2	427円	449円	680円	696円
要介護3	484円	507円	784円	803円
要介護4	538円	565円	889円	910円
要介護5	594円	623円	993円	1,017円

加算分			
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56円/日	口腔機能向上加算(Ⅰ)	153円/回
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	87円/日	口腔機能向上加算(Ⅱ)	163円/回
個別機能訓練加算(Ⅱ)	<sup>21円/月</sup> (Ⅰ)に上乗せ算定	ADL維持加算(Ⅰ)	31円/月
入浴介助加算(Ⅰ)	41円/日	ADL維持加算(Ⅱ)	61円/月
入浴介助加算(Ⅱ)	56円/日	ADL維持加算(Ⅲ)	3円/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	21円/回	サービス提供体制加算(Ⅰ)	23円/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5円/回	サービス提供体制加算(Ⅱ)	19円/回
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	41円/月	サービス提供体制加算(Ⅲ)	6円/回
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	61円/月		

※加算は、必要なもののみ算定となります。

(第1号通所事業費：予防給付型) ※1ヶ月あたり。 ※2割負担の方は下記の2倍、3割負担の方は下記の3倍の金額となります。

要介護区分	介護予防 通所介護費	運動器 機能向上加算	サービス提供体制 加算(Ⅰ)	サービス提供体制 加算(Ⅱ)	サービス提供体制 加算(Ⅲ)	事業所評価加算
要支援1	1,696円	229円	90円	73円	49円	122円
要支援2	3,476円	229円	179円	146円	98円	122円

※加算は、介護保険法による条件内容にて、必要なもののみ算定となります。

※同一建物内にご入居のご利用者様は、送迎加算が減算となります。

(要介護の方は日額96円。要支援1の方は月額382円。要支援2の方は月額763円。

事業対象者で 予防給付型を利用の方は同額の減算となります。

※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、ご利用者様のケアプランに定められた目安を基本としています。また、要介護・要支援者及び事業対象者の共通加算として、「介護職員処遇改善加算Ⅰ」を所定単位数5.9%を乗じて算定いたします。

※介護保険法による地域加算(7級地)にて、所定単位数に10.14を乗じて算定いたします。

※感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とするために、下記加算の算定を行います。

・延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3ヶ月間、基本報酬の3%の加算算定を実施(区分支給限度基準額には含めない)。

(特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引続き算定が可能)

※令和3年9月分迄は、新型コロナウイルス感染症への対応として所定単位数に0.1%を乗じて算定致します。

## ②その他の費用

サービスの内容により下記の利用料金をお支払いいただきます。

	利用者負担金	備考
交通費	1 k m毎に 50円	サービス実施地域以外に居住する場合
オムツ代	1枚 100円	
食材費	1回 600円	おやつ代含む。療養食は30円増。

※その他、日常生活に要する費用で本人負担となるものについては、要した費用の実費をお支払いいただきます。

(1) サービスが介護保険の適用を受けている場合は、原則としてサービス費の1割(2割負担の方は2割、3割負担の方は3割)をお支払いいただきます。

※介護保険負担割合証の利用者負担の割合に沿っての、サービス費の請求となります。  
(介護保険負担割合証は要介護認定者全員へ交付されます。)

(2) サービスが介護保険の適用を受けてい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割又は2割、3割の利用者負担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) 活動費として、個別に費用を負担していただくことがありますのでご了承ください。

活動に際し、個別に負担金が発生する際は、事前にご本人又はご家族への説明、金額の提示を行い、了承を得たうえで、活動費を徴収いたします。

## ③利用者負担金のお支払方法等

- ・事業者は、当月の利用者負担金の請求書の明細を付して、翌月15日までに請求いたしますので翌月25日までに下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。
- ・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には、領収書を発行いたします。

事務窓口によるお支払い

金融機関振込み

銀行支店名	西日本シティ銀行 北九州営業部
預金種類	普通預金
口座番号	3396030
口座名義	社会福祉法人 風花会 デイサービスセンター風の花

銀行引き落とし

#### 4 キャンセル料

ご利用者様のご都合によりキャンセルされる場合は至急ご連絡下さい。093-512-3450  
尚、キャンセル料は次の通りです。

利用当日9時30分迄に連絡があった場合	無料
利用当日9時30分迄に連絡がなかった場合	利用者負担金は無料 ※但し食費600円は頂きます。

#### 5 サービス利用にあたっての留意事項

喫煙・飲酒	喫煙・飲酒不可
飲食物の持ち込み	食事制限されている方や食中毒等防止のため禁止
迷惑行為	喧嘩、口論、デイサービスセンターの秩序や風紀を乱してはならない。
貴重品の管理	必要以上の金銭、貴重品は持参しない。

#### 6 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、常に関係機関と連携を密にして、とるべき措置について予め災害時等緊急マニュアル、計画等の対策をたてて、利用者及び従業員の訓練を行います。

#### 7 緊急の対処方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、ご家族、主治医、救急、介護支援事業所、地域包括支援センター等に連絡をします。

##### 【緊急時の連絡先】

氏名	続柄	住所	電話番号

	病院名	住所	電話番号
かかりつけ病院			
緊急搬送病院			

※緊急搬送病院は受診されており救急車で搬送可能な救急体制のある病院の記載をお願いします。

#### 8 事故発生時の対応方法

- ・事業者は、利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者家族、自治体等関係機関に連絡を行うとともに、必要な処置を講ずるものとします。
- ・事業者は、損害賠償に加入し、利用者に対する介護サービスの提供により、賠償する事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとします。  
(加入損害保険会社：日本興亜損保保険株式会社)
- ・事業者は事故が発生した場合、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じるものとします。

