

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	かざはな園デイサービス
所在地	北九州市小倉北区江南町2番20号
管理者氏名	新田 千尋
電話番号	093-953-6265
FAX番号	093-951-4169
介護保険指定番号	4070404803
サービス提供地域	北九州市
利用定員	18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	2名	0名	0名	2名
看護職員	0名	3名	0名	1名	3名
介護職員	2名	1名	0名	0名	3名
機能訓練指導員	0名	1名	0名	0名	1名

③サービス提供時間帯

営業日	営業時間	サービス提供時間
月曜日～土曜日※祝日含む	8:30～17:30	9:00～16:00

【定休日】日曜日、年末年始12月31日～1月3日

※天候不良等の事情により、当事業所の判断等で営業を調整する場合があります。

2 事業の目的及び運営の方針、内容

①事業の目的

社会福祉法人風花会が実施する指定地域密着型通所介護事業所及び第1号通所事業所（以下「事業所」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、要介護状態又は居宅において、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、介護予防通所介護計画及び第1号通所事業サービス計画（以下「通所介護計画」という）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。とくに認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの対応ができる体制を整える。
- 4 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

の綿密な連携を図り（災害時含む）、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

- 5 従業者の資質向上のため、すべての従業者に対して研修を実施、受講できる体制整備を行う。
特に、身体拘束禁止、虐待の防止、感染症予防及びまん延防止、非常災害時の対策、ハラスメントに対する教育の実施、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。
- 6 高齢者虐待防止について、次の事項に掲げる措置を講じるものとする。
 - (1) 虐待防止に関する専任担当者の選定【専任担当者：管理者】
 - (2) 指針の整備
 - (3) 虐待防止検討委員会の定期開催（年1回）と結果の周知徹底
 - (4) 研修の定期実施（年1回）
- 7 感染症予防及びまん延の防止の為の対策について、次の事項に掲げる措置を講じるものとする。
 - (1) 感染症予防及びまん延の防止に関する専任担当者の選定【専任担当者：管理者】
 - (2) 指針、事業継続計画（BCP）の整備
 - (3) 感染症対策委員会の定期開催（年2回）と結果の周知徹底
 - (4) 研修・訓練の定期実施（年1回）

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・生活指導、機能訓練・通所介護計画の作成など

3 利用者負担金

①利用者負担金一覧表

【地域密着型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	422円	443円	667円	688円
要介護2	485円	508円	787円	813円
要介護3	548円	574円	909円	938円
要介護4	609円	638円	1,028円	1,064円
要介護5	673円	705円	1,150円	1,189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、ご利用者様の居宅介護計画書（ケアプラン）に定められた目安を基本としています。

加算分			
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	57円/日	口腔機能向上加算（Ⅰ）	153円/回
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	77円/日	口腔機能向上加算（Ⅱ）	163円/回
個別機能訓練加算（Ⅱ）	21円/月 （Ⅰ）に上乗せ算定	A D L維持加算（Ⅰ）	31円/月
入浴介助加算（Ⅰ）	41円/日	A D L維持加算（Ⅱ）	61円/月
入浴介助加算（Ⅱ）	56円/日	A D L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	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	23円/回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5円/回	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	19円/回
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	41円/月	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6円/回
栄養アセスメント加算	51円/月	栄養改善加算	203円/回

※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。

【予防給付型サービス費】(1 カ月あたり)

※2 割負担の方は下記の 2 倍、3 割負担の方は下記 3 倍の金額となります。

要介護区分	予防給付型	生活機能向上 連携加算	サービス提供 体制強化加算(Ⅰ)	サービス提供 体制強化加算(Ⅱ)	サービス提供 体制強化加算(Ⅲ)
要支援 1	1,824 円	229 円	90 円/月	73 円/月	25 円/月
要支援 2	3,672 円	229 円	179 円/月	146 円/月	49 円/月

※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。

また、「要介護者」「要支援者」「事業対象者（生活支援型利用者は除く）」の共通加算として、「介護職員処遇改善加算Ⅲ」を所定単位数に 8.0%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。

- ・延べ利用者数の減少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に、3 カ月間、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、当該加算の機関が終了した月の翌日から 3 月以内に限り、引き続き算定が可能)

※感染症や災害発生時の業務継続計画（BCP）作成等の措置が講じられていない場合、高齢者虐待防止に関する国の定める必要な措置が講じられていない場合、それぞれ 1%の減算となります。

※積雪等の急な気象状況の悪化等により、やむを得ず送迎時間等に遅延が生じた場合には、計画通りの介護費基本報酬の算定を行います。

※以下の状況に該当した場合、下記金額をお支払い頂きます。

- ・計画的な通所利用の際、体調不良等の理由を含め、ご利用者様・ご家族様の都合にて、2 時間以内に通所利用中止となった場合
- ・計画的な送迎時の居宅内介助に伺った場合で、ご利用者様等の都合にて通所利用が中止となった場合
(計画的な送迎時の通所への声掛け誘導、着替え、ベッドから車椅子等への移乗、自宅の戸締まり等の居宅内介助については、ご自宅ご訪問時点で地域密着型通所介護費用が発生致します。提供時間内に居宅内介助の時間が加算されます)

要介護 1 310 円/回 要介護 2 356 円/回 要介護 3 402 円/回 要介護 4 447 円/回 要介護 5 494 円/回

(上記は 1 割負担の方の場合です。2 割負担の方は 2 倍、3 割負担の方は 3 倍の金額となります)

②その他費用

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
食材費	1 回 600 円	おやつ代含む

※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(2割負担の方は2割、3割負担の方は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、ご本人又はご家族へ事前に文章にて説明、金額の提示を行い、支払いに同意する旨の文章に署名(記名押印)を得たうえで、活動費を徴収、またサービス内容・金額を記載した領収書を交付いたします。

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。

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	3439020
口座名義	社会福祉法人 風花会 かざはな園デイサービス

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。(093-953-6265)
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分迄に連絡がない場合	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、飲酒は不可
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、地域住民との連携を密にして、とるべき措置について事前に対策をたて、利用者及び職員の安全を守るように努めます。
非常災害時の対策として次の事項に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 事業継続計画 (BCP) の整備
- (2) 研修・訓練の定期実施 (年1回)

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。

9 身体拘束その他の行動制限

- ・事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、下記のような緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。

なお、緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、利用者やその家族に拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等について説明し、文書による同意を得ることとします。

【緊急やむを得ない場合】

- | |
|---|
| ○利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合 |
| ○身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない場合 |
| ○身体拘束その他の行動制限が一時的なものである場合 |

10 運営推進会議の開催

利用者、利用者家族や地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることで、サービスの質を確保し地域との連携を図ることを目的として、概ね6ヶ月に1回運営推進会議を行うものとします。

11 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、次の窓口で対応します。

窓口担当者	新田 千尋
営業時間	月曜日～土曜日 8：30～17：30
連絡先	電話番号 093-953-6265

