

通所介護重要事項説明書

1. 利用者 (被保険者)

※介護保険被保険者証の通り。

2. 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所名	有限会社 故郷 デイサロンよっといで
所在地	小倉南区徳力団地2番2号31号棟3号室
管理者の氏名	末廣 ちあき
電話番号	093-965-8550
FAX番号	093-965-8551
サービス (介護保険指定番号)	地域密着型通所介護 (4070504818) 北九州市予防給付型通所サービス事業
サービス提供地域	小倉南区、小倉北区

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください

(2) 従業者の勤務体制

※は同一事業所で兼務	職務内容	常 勤	非常勤	合 計
管理者 (※介護職員を兼務)	業務の一元的な管理	1	0	1
看護職員 (※常勤1名、非常勤1名：機能訓練指導員を兼務) 併設の訪問看護ステーションふれあい家族と連携	心身の健康管理、保健衛生管理	1	1	2
生活相談員 (※常勤2名：介護職員を兼務)	生活指導及び相談	2	0	2
介護職員 (※常勤4名：うち常勤1名は管理者を兼務 常勤2名は生活相談員を兼務 うち1名常勤専)	介護業務	4	0	4
機能訓練指導員 (※常勤1名、非常勤1名：看護職員を兼務)	機能回復訓練の指導	1	1	2

(3) 定員及びサービス提供の時間帯

定員	15名（北九州市被保険者に限る）
営業日	月曜日～土曜日まで（祝日を含む） 年末年始は1月1日～1月3日まで休業とする。
営業時間帯	8時30分～17時30分
介護サービス提供時間	9時30分～16時30分

3. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

有限会社故郷が開設するデイサロンよつといで（以下「センター」という）が行う地域密着型通所介護及び予防給付型通所サービスの事業（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管理運営に関する事項を定め、センターで事業の提供に当たる者（以下「従業者」という）が要介護状態又は要支援状態にある高齢者（以下「要介護者等」という）に対し、適正な指定通所介護・指定介護予防通所介護を提供することを目的とします。

(2) 運営方針

事業所の通所介護従事者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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の解消及び心身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よう援助サービスを行います。事業の実施に当ては、北九州市、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(3) サービスの内容

- ①生活指導（相談援助等）
- ②機能訓練（日常動作訓練）
- ③介護サービス
- ④介護方法の指導（家族介護者教室）
- ⑤健康状態の確認
- ⑥送迎
- ⑦入浴サービス
- ⑧時間延長サービス
- ⑨その他利用者に対する便宜の提供
- ⑩食事提供

4. 利用者負担金

(1) 1日の利用料金（自己負担）

＜サービス単位・料金＞

【地域密着型通所介護料金表】

※1年間で1ヶ月の利用延べ人数が300人未満の場合は下記の単位数により算定

所要時間	要介護度	基本単位	加算単位	合計単位数	利用者	利用者	利用者
			入浴加算		1割負担額	2割負担額	3割負担額
2時間以上3時間未満	要介護度1	305	40	345	349円	699円	1,049円
	要介護度2	349	40	389	394円	788円	1,183円
	要介護度3	395	40	435	441円	882円	1,323円
	要介護度4	439	40	479	485円	971円	1,457円
	要介護度5	485	40	525	532円	1,064円	1,597円
3時間以上4時間未満	要介護度1	415	40	455	461円	922円	1,384円
	要介護度2	476	40	516	523円	1,046円	1,569円
	要介護度3	538	40	578	586円	1,172円	1,758円
	要介護度4	598	40	638	646円	1,293円	1,940円
	要介護度5	661	40	701	710円	1,421円	2,132円
4時間以上5時間未満	要介護度1	435	40	475	481円	963円	1,444円
	要介護度2	499	40	539	546円	1,093円	1,639円
	要介護度3	564	40	604	612円	1,224円	1,837円
	要介護度4	627	40	667	676円	1,352円	2,029円
	要介護度5	693	40	733	743円	1,486円	2,229円
5時間以上6時間未満	要介護度1	655	40	695	704円	1,409円	2,114円
	要介護度2	773	40	813	824円	1,648円	2,473円
	要介護度3	893	40	933	946円	1,892円	2,838円
	要介護度4	1,010	40	1,050	1,064円	2,129円	3,194円
	要介護度5	1,130	40	1,170	1,186円	2,372円	3,559円
6時間以上7時間未満	要介護度1	676	40	716	726円	1,452円	2,178円
	要介護度2	798	40	838	849円	1,699円	2,549円
	要介護度3	922	40	962	975円	1,950円	2,926円
	要介護度4	1,045	40	1,085	1,100円	2,200円	3,300円
	要介護度5	1,168	40	1,208	1,224円	2,449円	3,674円
7時間以上8時間未満	要介護度1	750	40	790	801円	1,602円	2,403円
	要介護度2	887	40	927	939円	1,879円	2,819円
	要介護度3	1,028	40	1,068	1,082円	2,165円	3,248円
	要介護度4	1,168	40	1,208	1,224円	2,449円	3,674円
	要介護度5	1,308	40	1,348	1,366円	2,733円	4,100円

8時間以上9時間未満	要介護度1	780	40	820	831円	1,662円	2,494円
	要介護度2	922	40	962	975円	1,950円	2,926円
	要介護度3	1,068	40	1,108	1,123円	2,247円	3,370円
	要介護度4	1,216	40	1,256	1,273円	2,547円	3,820円
	要介護度5	1,360	40	1,400	1,419円	2,839円	4,258円

※若年性認知症の方の場合、60単位/日 別途加算されます。

利用料金は上表の合計単位数に1単位あたりの単価10.14円を乗じて算定し、利用者負担はその1割もしくは2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。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

合計単位数にサービス別加算率（通所介護・予防/5.9%）を乗じた単位数の1割から3割をご負担いただきます。

介護職員等ベースアップ等支援加算

合計単位数にサービス別加算率（通所介護・予防/1.1%）を乗じた単位数の1割から3割をご負担いただきます。

【予防給付型通所サービス料金表】

	介護予防通所介護	利用者負担額 （1割）	利用者負担額 （2割）	利用者負担額 （3割）
要支援1	1,672単位	1,695円	3,390円	5,086円
要支援2	3,428単位	3,475円	6,951円	10,427円

※若年性認知症の方の場合、1ヵ月240単位別途加算されます。

利用料金は上表の合計単位数に1単位あたりの単価10.14円を乗じて算定し、利用者負担はその1割から3割の額となります。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

合計単位数にサービス別加算率（通所介護・予防/1.9%）を乗じた単位数の1割から3割をご負担いただきます。

<減算分>（1日当たり）

区 分	単 位
密着型通所介護送迎減算（片道）	-47単位

上記の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス・介護予防サービス計画（ケアプラン）の定められた目安を基準とします。

(2) その他の費用

サービスの利用によって下記の利用料金をお支払いいただきます。

種類	利用者負担金	備考
交通費	片道 510円	通常のサービス実施地域以外に居住する場合
昼食費	1食 400円	
夕食費	1食 500円	18時30分以降のご利用、夕食希望の場合
治療食	1食 54円	キザミ食・ミキサー食等
治療食(外注)	要した費用の実費	キザミ食・ミキサー食等
オムツ代		実費
キャンセル料		後述記載
日常生活に要する費用で本人負担となるもの		要した費用の実費

※サービス提供時間以外の時間の利用

① 8時30分～9時30分

② 16時30～20時30分

上記の時間帯を利用する場合には、実費として1時間につき、250円を請求致します。

① サービスが介護保険の適応を受ける場合は、原則としてサービス費の1割から3割をお支払いいただきます。

② サービス費が介護保険の適応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割から3割の〔利用者負担金〕で利用できない場合は、手続きが必要となります。

(3) 利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求に明細を付して、翌月10日までに利用者に請求し、利用者は翌月20日までに支払います。

※現金による支払・口座自動引落（いずれか選択）

(4) 領収書の発行

領収書は、利用者様から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行致します。

5. キャンセル料（利用料金以外）

① 昼食代：8時30分までに休み等の連絡がない場合、昼食代100円を請求致します。

② ガソリン代（迎え）：8時00分～8時30分までに休み等の連絡がなく迎えに至った場合は、ガソリン代として510円を請求致します。

6. サービス利用にあたっての留意点

飲酒・喫煙行為	利用前、利用中の飲酒、デイルーム内の喫煙は禁止させていただきます
迷惑行為等	他の利用者様に対する暴言暴力等があった場合は、利用をお断りする事があります
貴重品の管理	必要なとき以外に持参されて紛失されても責任を負いかねます

7. サービス提供情報開示の実施状況

開示の状況	(有・無)
第三者評価機関	無
運営推進会議	有

8. 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たて、年2回利用者様及び従業員の訓練を行います。

9. 緊急時の対応方法

サービス提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援事業者などへ連絡します。

10. 事故発生時の対応方法

サービス提供時間中に不慮の事故が起こった場合は、市町村、ご家族、介護支援事業者、救急隊などへ早急に連絡し処置します。補償など責任問題が発生した時は、下記に記載している保険会社にて対応し、事故・処置などの内容については記録保管致します。

11. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(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	末廣 ちあき・酒井 敬子
-------------	--------------

(2) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を半年に1度実施しています。

12. 損害賠償責任保険

保険会社	あいおい損害保険株式会社
保険内容	賠償責任保険（介護保険・社会福祉事業者総合保険）

13. 相談窓口、苦情対応

当事業所	窓口担当者 末廣 ちあき
利用時間	月曜日～土曜日 8:30～17:30
連絡先	093-965-8550
FAX	093-965-8551
メール	yottoide@fureai-web.net
意見箱	施設内設置
利用者相談	デイサロンよっといで内
当法人 顧問	窓口担当者 司法書士 岡 信太郎
意見箱	施設内設置
利用時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00
連絡先	093-562-5778
FAX	093-562-5788
利用者相談	事業所内または必要に応じて変更可

★ 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。

※ 門司区保健福祉課介護保険担当

所在地 北九州市門司区清滝1丁目1番1号

利用時間 午前8:30～午後5:00月曜日～金曜日

TEL 093-331-1894

※ 小倉北区保健福祉課介護保険担当

所在地 北九州市小倉北区大手町1番1号

利用時間 午前8:30～午後5:00月曜日～金曜日

TEL 093-582-3433

※ 小倉南区保健福祉課介護保険担当

所在地 北九州市小倉南区若園5-1-2

利用時間 午前8:30～午後5:00月曜日～金曜日

TEL 093-951-4127

※ 若松区保健福祉課介護保険担当

所在地 北九州市若松区浜町1丁目1番1号

利用時間 午前8:30～午後5:00月曜日～金曜日

TEL 093-761-4046

※ 八幡東区保健福祉課介護保険担当

所在地 北九州市八幡東区中央1丁目1番1号

利用時間 午前8:30～午後5:00月曜日～金曜日

TEL 093-671-6885

※ 八幡西区保健福祉課介護保険担当

所在地 北九州市八幡西区黒崎3丁目15番3号

利用時間 午前8:30～午後5:00月曜日～金曜日

TEL 093-645-1446

※ 戸畑区保健福祉課介護保険担当

所在地 北九州市戸畑区千防1丁目1番1号

利用時間 午前8:30～午後5:00月曜日～金曜日

TEL 093-871-1505

※ 福岡県国民健康保険団体連合会

所在地 福岡市博多区吉塚本町13番47号

利用時間 午前8:30～午後5:00月曜日～金曜日

TEL 092-642-7859

14. 事業者の概要

名称・法人種別

有限会社 故郷

代表者氏名

野村 啓太

所在地・連絡先

北九州市小倉南区徳力7丁目18番8号

TEL

093-965-7005

上記の重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利用者氏名

印

代理人氏名

印 続柄()

利用者家族

印

有限会社 故郷

デイサロンよっという