

重要事項説明書

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1 設置・経営主体

法人名	社会福祉法人 シティ・ケアサービス
法人所在地	福岡市南区長住3丁目7番1号
代表者名	理事長 脇山 章治
電話番号	092-554-0294

2 ご利用施設

事業所名	シティデイサービス長住		
所在地	福岡市南区長住3丁目7番1号		
介護保険事業所番号	通所介護	福岡県4071100681号	
管理者及び連絡先	サービス種類	氏名	連絡先
	通所介護 介護予防型通所サービス	大林 賢士	092-554-0294
サービス提供地域	南区・城南区・中央区		

3 事業所の職員体制等（1日につき）

職 種	
管理者	1名
生活相談員	1名以上（1日につき。管理者との兼務の場合あり）
介護職員	4名以上（1日につき）
看護職員	1名以上（1日につき）
機能訓練指導員	1名以上（1日につき）

4 サービス提供時間及び利用定員

	平日	土曜日	祝祭日
営業時間	9:00~18:00	9:00~18:00	9:00~18:00
サービス提供時間	10:00~16:10	10:00~16:10	10:00~16:10
利用定員	30名	30名	30名

(注) 日曜日、12/30~1/3 は、休日とさせていただきます。

(年末の営業は、12/31までとなる場合がございます。)

5 当事業所のサービスの方針等

当事業所は、在宅生活を基本とし、在宅の要介護者等の依頼を受け、当該居宅サービス計画に基づくサービスが確保されるよう連絡調整その他の便宜の供与を行うとともに、お客様である利用者の自己実現にむけて最大限の支援活動を行います。

6 サービスの内容

「通所介護サービス」「介護予防型通所サービス」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。

7 サービス利用に当たっての留意事項

ご利用者は、「通所介護サービス」「介護予防型通所サービス」の提供を受ける際には、次の事項について留意をお願い致します。

- (1) 入浴サービスを利用する際は、事前の体調チェックを行うものとし、本人の意思にかかわらず入浴の延期をする場合があることをご了承ください。また、入浴中に体調が悪くなった場合は、すみやかに従業者にその旨をお伝えください。
- (2) 送迎サービスを利用する際は、従業者が送迎に向かう迄、ご自宅でお待ちください。送迎職員到着以前の外出に起因する事故に関しては、当事業所で責任を負いかねますのでご了承ください。
- (3) 貴重品の持ち込みはご遠慮ください。紛失時又は破損時に責任を負いかねます。
- (4) ご利用者様同士の金品の受け渡しは、固くお断りいたします。
- (5) ご利用者が通所介護サービス・介護予防型通所サービスを受ける際には、ご利用者側が留意すべき事項を重要事項説明書で説明し、署名捺印のご同意をいただきます。

8 虐待の防止について

当事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 委員会の設置、研修等を通じて、職員のご利用者に対する人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) サービス提供中に、当事業所職員又は養護者（ご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ご利用者を発見した場合は、速やかに、これを保険者に通報します。
- (4) 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

○高齢者虐待に関する行政の相談窓口

福岡市保健福祉局 高齢社会部 事業者指導課	所在地	福岡市中央区天神1丁目8番1号
	電話番号	092-711-4319
	FAX番号	092-726-3328
	利用時間	9:00～17:00（月～金）

9 身体拘束の禁止

当事業所は、「通所介護サービス」「介護予防型サービス」の提供を行なっているときに、利用者本人もしくは他のご利用者の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合を除いて、ご利用者の身体を拘束することはありません。緊急やむを得ず、利用者の身体を拘束する場合は、その状況・時間・方法等の詳細を「個別サービス提供記録書」等に記録し、閲覧に供します。

10 緊急時の対応

当事業所は、「通所介護サービス」「介護予防型通所サービス」の提供を行っている際に、ご利用者の状態に急な変化が生じた場合その他必要な場合、予めご利用者より指定のあった主治医、もしくは近隣の救急指定病院へ連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じます。

11 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 当事業所は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、ご利用者の家族、又は身元引受人並びに福岡市及び関係各機関に連絡し、必要な措置を講じます。
※連絡・報告は、福岡市の「介護サービス事故に係る報告要領」に拠ります。
- (2) 当事業所は、サービスの提供によりご利用者に賠償すべき事故が発生した場合、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、ご利用者の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。
- (3) 当事業所は、万が一の事故の発生に備えて、賠償責任保険（社会福祉施設総合賠償保障共済）に加入しています。

12 非常災害対策

- (1) 非常災害時の対応
別途定める「シティケア長住 消防計画」に則り対応を行います。
- (2) 平常時の訓練
火災等を想定した消防・避難訓練を、ご利用者の方も参加していただき実施します。

1.3 利用者負担金

(1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、下記の通りです。

【I. 要支援1・2の方】

内 容		利用者負担 (1割負担の場合)		
介護保険 法定利用料 (負担割合に応じた費用を利用者が負担)	介護費	要支援1 要支援2 (週1回程度利用)	1,730円/月	
		要支援2 (週2回程度利用)	3,546円/月	
		※1. サービス提供体制強化加算 (I) イ	要支援1	76円/月
			要支援2	151円/月
		※1. サービス提供体制強化加算 (I) ロ	要支援1	51円/月
			要支援2	101円/月
		※1. サービス提供体制強化加算 (II)	要支援1	25円/月
	要支援2		51円/月	
	※2. 事業所評価加算	126円/月		
	選択	※3. 運動器機能向上加算	236円/月	
		※3. 口腔機能向上加算	157円/月	
		※3. 栄養改善加算	157円/月	
		※4. 生活機能向上グループ活動加算	105円/月	
		若年性認知症利用者受入加算	251円/月	
	※5. 介護職員処遇改善加算 I		合計金額×5.9%	
※5. 介護職員処遇改善加算 II		合計金額×4.3%		
※5. 介護職員処遇改善加算 III		合計金額×2.3%		
※5. 介護職員処遇改善加算 IV		合計金額×0.9%		
※5. 介護職員処遇改善加算 V		合計金額×0.8%		
※6. 介護職員等特定処遇改善加算 I		合計金額×1.2%		
※6. 介護職員等特定処遇改善加算 II		合計金額×1.0%		
介護保険 適用外 (費用全額を利用者が負担)	食事 (調理・食材費)	524円/回		
	趣味活動による材料費等	実費		
	※7. キャンセル料	524円		

※事業所と同じ建物内にお住まいの方が利用される場合、介護費基本額は、要支援1の方 (要支援2で週1回程度利用の方) で1,337円/月、要支援2の方で2,760円/月へ減額されます。

※1. の加算は、算定要件を満たした場合に (I) イ・ロいずれか一方を加算いたします。

※2. の加算は、一定の期間内にご利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合、次年度に加算いたします。

※3. の加算は、組み合わせて提供した場合に「選択サービス複数実施加算 (I)」となり、502円/月 (2割負担の方は1,004円/月) が算定金額となります。

※4. の加算は、生活機能向上を目的としたグループ活動を行った場合で、同月中に運動器機能向上、口腔機能向上いずれも算定しない場合に加算いたします。

※5. の加算は、算定要件を満たした場合にⅠ～Ⅴのいずれかが加算されます。

※6. の加算は、算定要件を満たした場合にⅠ・Ⅱのいずれかが加算されます。

※7. ご利用日当日の午前10時までにお休みの連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として524円（食事代）をご負担いただきます。

※上表の金額は1割負担の場合の金額です。負担割合証に記載された負担割合に応じて、負担額が変わります。「2割」の方の場合、上記に2を掛け合わせた金額、「3割」の方の場合、上記に3を掛け合わせた金額となります。

※上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じる場合がございます。

【Ⅱ. 要介護1～5の方】

内 容		利用者負担（1割負担の場合）	
介護保険 法定利用 料 (負担割合 に応じた費 用を利用者 が負担)	介護費	サービス提供時間 6時間以上 7時間未満	
		要介護 1	601円/回
		要介護 2	710円/回
		要介護 3	820円/回
		要介護 4	928円/回
		要介護 5	1,038円/回
	加算	※1. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	19円/回
		※1. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	13円/回
		※1. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	7円/回
		※1. サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	7円/回
		入浴加算	53円/回
		個別機能訓練加算（Ⅰ）	48円/回
		個別機能訓練加算（Ⅱ）	59円/回
		生活機能向上連携加算	209円/月
		ADL維持等加算Ⅰ	4円/月
		ADL維持等加算Ⅱ	7円/月
		口腔機能向上加算(月2回まで)	157円/回
		栄養改善加算(月2回まで)	157円/回
		栄養スクリーニング加算	6円/回
		若年性認知症利用者受入加算	63円/回
		認知症加算	63円/回
		中重度者ケア体制加算	47円/回
		※2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ	合計金額×5.9%
※2. 介護職員処遇改善加算Ⅱ	合計金額×4.3%		

	※2. 介護職員処遇改善加算Ⅲ	合計金額×2.3%
	※2. 介護職員処遇改善加算Ⅳ	合計金額×0.9%
	※2. 介護職員処遇改善加算Ⅴ	合計金額×0.8%
	※3. 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	合計金額×1.2%
	※3. 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	合計金額×1.0%
介護保険 適用外 (費用全額 を利用者が 負担)	昼食(調理・食材費) ※間食代込み	524円/回
	趣味活動による材料費等	実費
	※4. キャンセル料	524円

※事業所と同じ建物内にお住まいの方が利用される場合、介護費基本額は要介護度別に記載の金額から約99円/回を差し引いた金額となります。

※1. の加算は、算定要件を満たした場合に(Ⅰ)イ、ロいずれか一方を加算いたします。

※2. の加算は、算定要件を満たした場合にⅠ～Ⅴのいずれかが加算されます。

※3. の加算は、算定要件を満たした場合にⅠ・Ⅱのいずれかが加算されます。

※4. ご利用日当日の午前10時までにお休みの連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として524円(食事代)をご負担いただきます。

※上表の金額は1割負担の場合の金額です。負担割合証に記載された負担割合に応じて、負担額が変わります。「2割」の方の場合、上記に2を掛け合わせた金額、「3割」の方の場合、上記に3を掛け合わせた金額となります。

※上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じることがあります。

(2)法定利用料金は、居宅サービス計画に基づき提供されたサービス、且つ要介護度ごとに設定された支給限度額内に限るものです。居宅サービス計画を作成していない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料(10割)を支払い、その後市町村に対して保険給付分(負担割合に応じて9割、8割、7割)を請求、支給限度額を超えるサービス利用の場合は、超過分について費用全額をご負担いただくこととなります。

(3)当事業所は、社会福祉法人による利用者負担の軽減制度適用施設です。下記の要件に該当する方は、利用者負担が軽減されます。なお、制度の利用に当たってはご利用者から住所地の区保健福祉センター福祉・介護保険課へ申請が必要です。(※保険者が福岡市の場合)

○年間収入が単身世帯で150万円(世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額)以下であること。

○預貯金の額が単身世帯で350万円(世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額)以下であること。

○世帯がその居住の用に供する家屋、その他日常生活の為に必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと。

○負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

○介護保険料を滞納していないこと。

※生活保護受給者は対象となりません。

(4) 支払方法等

利用者負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

ア 事業所指定の金融機関からの口座振替

※サービス利用月の翌月25日に引落しさせていただきます。

(該当日が金融機関の休日の場合は、翌営業日となります。)

イ その他の金融機関からの口座振替

※事業所指定の金融機関以外にも対応が可能な金融機関があります。その場合、事業所指定金融機関の手続きに比べてお時間を要することがあります。

※サービス利用月の翌月27日に引落しさせていただきます。

(該当日が金融機関の休日の場合は、翌営業日となります。)

ウ 銀行振込 (振込手数料はお客様負担となります。)

※サービス利用月の翌月末日までに事業所指定の口座へお振込いただきますようお願いいたします。

エ その他

※上記ア・イ・ウの支払方法が困難な場合は、現金でのお支払も考慮します。

その場合、サービス利用月の翌月末日までにお支払いいただきますようお願いいたします。

(5) その他

ア 交通費 通常のサービス提供地域 (又は送迎地域) 以外の地域についてのみ、所定の交通費 (実費相当) が必要となります。(別途見積りいたします。)

イ 教養娯楽などで、特別な費用がかかるものは実費負担となります。

1.4 キャンセル

ご利用者がサービスの利用を中止する際は、事業所へご連絡ください。ご利用日当日の午前10時までにお休みの連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として524円 (食事代) をご負担いただきます。

1.5 その他

サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

1.6 苦情等申立先

当施設ご利用 相談室	窓口担当者 マネージャー 大沼 善隆 解決責任者 施設長 大林 賢士 ご利用時間 24時間 ご利用方法 電話 (092) 554-0294 ファックス (092) 554-0295 意見箱 (ギャラリーホールに設置)
法人設置の 第三者委員	・和智 公一 (和智法律事務所・弁護士) 092-751-3448 ・末永 須磨子 (民生委員・児童委員) 092-541-3030 ・宮里 幸子 (民生委員・児童委員) 092-542-8469

※第三者委員は、苦情に対する社会性、客観性を担保することをもって、法人の信頼や適正化の確保を図ることを目的として設置しています。

- 次の公的機関においても、苦情の申出等ができます。

南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所在地 福岡市南区塩原3丁目25番3号 電話番号 092-559-5127 (直通) FAX番号 092-512-8811 対応時間 9:00~17:00 (月~金)
城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所在地 福岡市城南区鳥飼五丁目2-25 電 話 番 号 092-833-4105 FAX 番 号 092-822-2133 対応時間 9:00~17:00 (月~金)
中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所在地 福岡市中央区大名2丁目5の31 電話番号 092-718-1145 FAX番号 092-771-4955-1690 対応時間 9:00~17:00 (月~金)
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 092-642-7800 (代表) FAX番号 092-642-7853 利用時間 9:00~17:00 (月~金)
福岡県社会福祉協議会 福祉サービス苦情相談 窓口	所在地 春日市原町3丁目1番7号 クローバープラザ内 電話番号 092-915-3511 FAX番号 092-584-3354 利用時間 9:00~17:00 (火~日)

1.7 介護サービス記録の利用者への開示

- (1) 当事業所は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「個別サービス提供記録書」等の書面に、提供したサービス内容等を記録します。
- (2) 事業所は、一定期間ごとに、「通所介護計画書」、または、「介護予防型通所サービス計画書」の見直しを行い、前項の「個別サービス提供記録書」などに、その内容を記録します。
- (3) 事業所は、前項にある、「個別サービス提供記録書」等の記録をサービス完結の日から5年間はこれを適正に保存し、ご利用者、ご家族の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを公布します。

※白黒A4 1枚10円

1.8 提供する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	無し
実施した評価機関の名称	無し
評価結果の開示状況	無し