

重要事項説明書

ご利用者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、当事業者がご利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

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 榎本 重孝
電話番号	092-554-0294

2 ご利用施設

事業所名	シティ・デイサービス神松寺		
所在地	福岡市城南区神松寺1丁目7番1号		
介護保険事業所番号	通所介護	福岡県4071300315号	
管理者及び連絡先	サービス種類	氏名	連絡先
	通所介護 予防通所介護	大林 賢士	092-874-1294
サービス提供地域	城南区及びその周辺		

3 事業所の職員体制等（1日につき）

職種	体制
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	3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

	月～土曜日（祝祭日含む）	日曜日
営業時間	9：00～18：00	休日
サービス提供時間	10：00～16：10	
利用定員	25名	

（注）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」「介護予防通所介護サービス」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」「介護予防通所介護サービス」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、本人の意思に関わらず、入浴の延期や中止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、速やかに職員へ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、職員がお迎えに伺うまで、ご自宅でお待ちください。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。紛失時または破損時に責任を負いかねます。
- (4) ご利用者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、次に掲げるとお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 介護保険課	所在地	福岡市中央区天神1丁目8番1号
	電話番号	092-711-4257
	FAX番号	092-733-3328
	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」「介護予防通所介護サービス」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、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」「介護予防通所介護サービス」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。

1.1 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、行います。
- (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。

1.2 非常災害対策

- (1) 非常災害時の対応
別途定める「シティケア神松寺 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、下記のとおりです。

【I. 要支援1・2の方】

内 容		御利用者負担 (1割)	御利用者負担 (2割)		
費用の1割ないし2割を利用者が負担) 介護保険法定利用料	介護費	要支援1	1,722 円/月	3,443 円/月	
		要支援2	3,529 円/月	7,058 円/月	
		※1. サービス提供体制強化加算 (I) イ	要支援1	76 円/月	151 円/月
			要支援2	151 円/月	301 円/月
		※1. サービス提供体制強化加算 (I) ロ	要支援1	51 円/月	101 円/月
	要支援2		101 円/月	201 円/月	
	※2. 事業所評価加算	126 円/月	251 円/月		
	選択	※3. 運動器機能向上加算	236 円/月	471 円/月	
		※3. 口腔機能向上加算	157 円/月	314 円/月	
		※4. 生活機能向上グループ活動加算	105 円/月	209 円/月	
		若年性認知症利用者受入加算	251 円/月	502 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%				
介護保険適用外 (全額をご利用者が負担)	食事 (調理・食材費)	515 円/回			
	趣味活動による材料費等	実費			
	キャンセル料	515 円/回			

※事業所と同じ建物内にお住まいの方 (ケアハウスのご入居者) が利用される場合、介護費基本額は、要支援1の方で1,329円/月 (2割負担の方は2,657円/月)、要支援2の方で2,743円/月 (2割負担の方は5,486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は「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。

※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515円 (食事代) をご負担いただきます。

※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		御利用者負担 (1割)	御利用者負担 (2割)	
		6時間以上7時間未満	6時間以上7時間未満	
(費用の1割ないし2割を利用者が負担) 介護保険法定利用料	介 護 費	要介護1	598 円/回	1,196 円/回
		要介護2	707 円/回	1,413 円/回
		要介護3	816 円/回	1,631 円/回
		要介護4	924 円/回	1,848 円/回
		要介護5	1,033 円/回	2,065 円/回
		※1. サービス提供体制強化加算 (I) イ	19 円/回	38 円/回
		※1. サービス提供体制強化加算 (I) ロ	13 円/回	25 円/回
		※2. 中重度ケア体制加算	47 円/回	94 円/回
	選 択	入浴加算	53 円/回	105 円/回
		生活機能向上連携加算	209 円/月	418 円/月
		ADL維持加算 (I)	4 円/月	7 円/月
		ADL維持加算 (II)	7 円/月	13 円/月
		栄養スクリーニング加算	6 円/月	11 円/月
		個別機能訓練加算 (I)	48 円/回	96 円/回
		個別機能訓練加算 (II)	59 円/回	117 円/回
		口腔機能向上加算(月2回まで)	157 円/回	314 円/回
		※2. 認知症加算	63 円/回	126 円/回
		若年性認知症利用者受入加算	63 円/回	126 円/回
		※3. 介護職員処遇改善加算 I	合計金額×5.9%	
		※3. 介護職員処遇改善加算 II	合計金額×4.3%	
※3. 介護職員処遇改善加算 III	合計金額×2.3%			
※3. 介護職員処遇改善加算 IV	合計金額×0.9%			
※3. 介護職員処遇改善加算 V	合計金額×0.8%			
介護保険 適用外	食事 (調理・食材費)	515 円/回		
	趣味活動による材料費等	実 費		
	キャンセル料	515 円/回		

※事業所と同じ建物内にお住まいの方 (ケアハウスご入居者) 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 (2割負担の方は197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加算されます。

※3. 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。

※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515円 (食事代) をご負担いただきます。

※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（9割または8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になります。

(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

利用者がサービスの利用を中止する際は、事業所までご連絡ください。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515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 肥川 さとみ 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) 874-1294 ファックス (092) 874-2940
法人設置の 第三者委員	・村井正昭 (弁護士) (092)752-3208 はかた共同法律事務所 ・碓山浩泰 (会社員) 090-7464-4634

※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。

市町村介護保険相談窓口 (城南区役所内)	所在地 福岡市城南区鳥飼6丁目1番1号 電話番号 092-833-4105 (直) FAX番号 092-822-2133 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) 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)
福岡市保健福祉局高齢社会部 介護保険課 在宅指導係	所在地 福岡市中央区天神1丁目8番1号 電話番号 092-711-4257 FAX番号 092-733-3328 利用時間 9:00~17:00 (月~金)

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、「介護予防通所介護計画書」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」等の記録をご利用終了後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交付します。

※白黒A4 1枚10円

この契約の証しとして本契約書及び重要事項説明書を2通作成し、ご利用者及び事業者は記名押印のうえ、各自その1通を保有します。

平成 年 月 日

(ご利用者)

私は、この契約書及び重要事項説明書につき、事業所の職員（職名 _____ 氏名 _____ ）から説明を受け、内容を理解しました。私は、この契約に定めるところに従い、各種の介護サービスを利用します。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 (FAX) _____

(署名代行者又は法定代理人)

私は、利用者本人の契約意思を確認の上、利用者に代わり、上記署名を行いました。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ (続柄) _____ 印

電話番号 (FAX) _____

署名を代行した理由 _____

(身元引受人)

私は、この契約書及び重要事項説明書内容につき、説明を受け、身元引受人の責任につき理解しました。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ (続柄) _____ 印

電話番号 (FAX) _____

(事業者) 当事業所は、ご利用者の申し込みを受諾し、この契約に定める各種サービスについて、
誠実に責任をもって行います。

事業者名称 : 社会福祉法人 シティ・ケアサービス
所在地 : 福岡市南区長住 3 丁目 7 番 1 号
事業所名称 : 「シティ・デイサービス神松寺」
事業所所在地 : 福岡市城南区神松寺 1 丁目 7 番 1 号
代表者 : 施設長 大 林 賢 士 (印)

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私および家族は、社会福祉法人シティ・ケアサービスが、私及び家族の個人情報を下記の利用目的の範囲内で取得、使用及び介護サービス事業者等第三者に提供することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的と情報を提供できる第三者の範囲

- (1) 介護サービス計画等を作成するため
- (2) サービス事業者間の連携とサービス担当者会議での情報提供、サービス計画作成担当者に対する照会(依頼)の為
- (3) 医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業者、行政機関、その他必要に応じた地域団体等との連絡調整のため
- (4) 健康状態の急な変化など主治医の意見を求める必要がある場合
- (5) 事業者内外のケアカンファレンス（支援方法の検討会議）のため
- (6) 適切な介護サービスを提供する上で、必要不可欠な場合
- (7) 緊急を要する時の連絡等の場合
- (8) 当法人において行われる学生・ボランティア等の実習への協力
- (9) 施設便りなど広報紙への掲載 ※（ 可 写真のみ可 名前のみ可 不可 ）
- (10) 当法人ホームページへの掲載 ※（ 可 写真のみ可 名前のみ可 不可 ）
※ いずれかにレ（チェック）をつけて下さい。
- (11) 上記の各号に関わらず、公表している「利用目的」の範囲内

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は利用目的の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しないこと。また、サービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさないこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容などについてその経過を記録し、請求があれば開示する。

平成 年 月 日

利用者 氏名.....印

(署名代行人) 氏名.....印 (利用者との関係).....

家族代表 氏名.....印 (利用者との関係).....
(身元引受人)