

福井市介護予防・日常生活支援総合事業における 通所型（予防給付相当）サービス重要事項説明書

当事業所は、福井市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス（予防給付相当）の提供の開始にあたり、事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意頂きたいこと等を次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 藤島会
主たる事務所の所在地	〒910-8513 福井市高木中央3-1701
代表者（職名・氏名）	理事長 屋敷 大作
設立年月日	平成4年4月1日
電話番号	0776-52-1166

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	大和田デイサービスセンター	
サービスの種類	福井市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型予防給付相当サービス	
事業所の所在地	〒910-0802 福井市大和田町23-1	
事業所の管理者	岡田 慎吾	
電話番号	0776-52-0456	
指定年月日・事業所番号	令和5年3月1日	1870100383
実施単位・利用定員	1単位	定員18人
通常の事業の実施地域	福井市の東藤島・中藤島・啓蒙・岡保・円山・松本・宝永・明新・森田地区、永平寺町松岡	
面積	述べ床面積276.25㎡	
建物概要	木造平屋建て	
損害賠償責任保険	あいおいニッセイ同和損害保険	

3. ご利用事業所の主な設備の概要

食堂・機能訓練室	75.68㎡
静養室	1室4床
トイレ	3カ所
浴室	一般浴槽・チェア浴槽

4. 事業の目的と運営の方針

(1) 事業の目的

要支援状態等の利用者に対しその利用者が可能な限りその居宅において、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支援や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

(2) 運営の方針

- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、福井市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- ・通所型予防給付相当サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関への情報の提供を行います。
- ・上記のほか、福井市が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施します。

5. 提供するサービスの内容

通所型予防給付相当サービスの内容は、次に掲げるもののうち必要と認められるサービスを行います。

機能訓練	日常生活に必要な機能の回復、維持のための訓練を行います。
アクティビティ (介護予防)	心と体を活性化させることを目的としたさまざまな活動を提供します。
食事の提供	希望時、管理栄養士の立てる献立表により食事を提供します。
健康チェック	体温・血圧等の測定を行い異常の早期発見に努めます。
入浴	希望時、入浴を提供します。

6. 営業日時

営業日	月曜日～土曜日まで。但し、年末年始（12月31日～1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時から午後5時まで
サービス提供時間	午前9時から午後4時まで

7. 従業者の職種、員数及び職務の内容

従業者の職種	常勤または非常勤	職務の内容
管理者	1人	従業者及び業務の管理
介護職員	2人以上	通所介護業務
看護職員	1人以上	健康管理業務
機能訓練指導員	1人以上	機能訓練の指導及び助言

8. 利用料等

(1) 通所型予防給付相当サービスの利用料

【基本部分】

介護区分	利用回数/月	利用者負担		
		1割負担の場合 1回又は1月当り	2割負担の場合 1回又は1月当り	3割負担の場合 1回又は1月当り
要支援1・ 事業対象者(週1 回程度)	1～4回	443円	885円	1327円
	5回	1824円	3647円	5470円
要支援2・ 事業対象者(週2 回程度)	1～8回	454円	907円	1360円
	9回	3672円	7344円	11015円

7級地単価 10.14円計算済。

上記に加えて介護職員等処遇改善加算(I)9.2%、サービス提供体制加算(I)を計算した料金となります。

【加算】

加算額の1～3割を追加料金としてご負担いただきます。また、下記単位に介護職員等処遇改善加算(I)9.2%、地域区分7級地単価10.14円を計算した料金となります。

- | | |
|-------------------------|-----------------|
| ① 生活機能向上グループ加算 | 100 単位/月 |
| ② 口腔機能向上加算 I | 160 単位/月 |
| 口腔機能向上加算 II | 150 単位/月 |
| ③ 一体的サービス提供加算 | 480 単位/月 |
| ④ 科学的介護推進体制加算 | 40 単位/月 |
| ⑤ 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 所定単位数の 1/100 減算 |
| ⑥ 業務継続計画未策定減算 | 所定単位数の 1/100 減算 |
| ⑦ 送迎減算(事業所が送迎を行わない場合) | -47 単位(片道につき) |
| ⑧ サービス提供体制加算 (I) 要支援 1 | 88 単位/月 |
| サービス提供体制加算 (I) 要支援 2 | 176 単位/月 |
| ⑨ サービス提供体制加算 (II) 要支援 1 | 72 単位/月 |
| サービス提供体制加算 (II) 要支援 2 | 144 単位/月 |
| ⑩ 介護職員等処遇改善加算 (I) | |

所定単位数にサービス別加算率 9.2%を乗じた単位数で算定

(2) その他の費用

食費（おやつ代含む）	800円／回
特別な材料費等	とろみ剤500円／月
おむつ代	紙パンツ：150円（1枚） 尿取りパット：30円（1枚）
マスク代	20円（1枚）

(3) 支払い方法

上記（1）及び（2）の利用料金、その他の費用は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

ア. 指定口座への振込み（振込み手数料は利用者に負担して頂きます）

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

自動引き落とし手数料（100円+消費税）は利用者に負担して頂きます。

ご利用できる金融機関：福井県内に本支店のある金融機関

※請求代金が現金支払いとなる場合、現金取扱手数料として 200円+消費税（1介護サービスあたり）をご負担いただきます。

※レクリエーション・行事等での支払い等、各種立替を事業所が行った場合、立替金手数料 1000円 +消費税(月額)をご負担いただきます。

(4) 利用の中止、変更、追加

ご利用予定日の前営業日 17時までに「ご利用中止」ならびに「食事の利用中止」のご連絡をいただけない場合（急な欠席、急な早退等が該当）、ご利用者の体調不良等に関係なく、1000円を「取消料」としてご負担いただきます。尚、その際の利用中止分を別の日に振り替えてご利用の場合は、この限りではありません。

利用予定日の前営業日の 17時までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前営業日の 17時までに申し出がなかった場合	1000円

「日曜」「年末年始休業日」は日数に含みません。

9. 緊急時における対応方法

- ・サービス提供中に利用者の体調や容体の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び家族等に連絡する等の措置を講じます。
- ・病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請する場合があります。

10. 事故発生時の対応

- ・通所型予防給付相当サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに福井市及び家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・通所型予防給付相当サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

1 1. 非常災害対策

・非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、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を作成し、消防計画に基づき、年2回以上訓練を行います。

訓練の実施にあたって、できるだけ地域住民の参加が得られるように努めます。

1 2. 業務継続改革の策定

・業務継続計画（BCP）を策定し、従業員に対し周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

1 3. 高齢者虐待について

・当事業所で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。

虐待防止に関する責任者： 管理者 岡田 慎吾

虐待防止に関する担当者： 生活相談員 田中 みのり

成年後見制度の利用支援を行います。

利用者・家族からの苦情解決体制整備を行います。

介護職員その他の従業員に対し、虐待防止等の研修を年に1回以上実施します。

1 4. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	担当者：田中 みのり 受付時間：8：00～17：00 電話番号：0776-52-0456
---------	--

(2) 行政機関その他の苦情相談窓口

苦情受付機関	所在地	電話番号
福井市役所 地域包括ケア推進課	福井市大手3丁目10番1号	0776-20-5400
福井県国民健康保険団体 連合会	福井市西開発4丁目202番1 福井県自治会館 4F	0776-57-1614
福井県社会福祉協議会	福井市光陽2丁目3番22	0776-24-2339

令和 年 月 日

事業者は、サービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

大和田デイサービスセンター

説明者職名 生活相談員 氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者 住 所
氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所
本人との続柄
氏 名 印