

重 要 事 項 説 明 書

令和 6 年 4 月 1 日現在

1. 事業所の概要

事業所名	デイサービス みろく
指定番号	4090100035
事業者名	みろく福祉サービス株式会社
代表者名	代表取締役 村上 順子
法人連絡先（代表）	TEL 093-861-9521 FAX 093-861-9522
法人所在地	〒800-0112 北九州市門司区大字畑1207番地
事業所所在地	〒800-0101 北九州市門司区大字伊川1739-1
事業所連絡先	TEL 093-483-1663 FAX 093-342-7183
営業日	月曜日から土曜日（祝日含む）
営業時間	9:00から18:00
サービス提供時間	サービス提供時間 9:00から16:30
営業しない日	日曜日
利用定員	12名
通常の実施地域	北九州市門司区・小倉南区・小倉北区

2. みろく福祉サービス 他の介護保険（指定）事業所

事業所名 指定番号 事業所所在地	みろく訪問看護ステーション 4067690059 〒800-0114 北九州市門司区吉志4丁目19-35-102
事業所名 指定番号 事業所所在地	デイサービスいかわ 4070103033 〒800-0101 北九州市門司区伊川1058-3

3. 事業所の職員体制

1. 管理者	常勤兼務	1名
2. 生活相談員	常勤兼務	2名
3. 看護職員	常勤兼務・非常勤兼務	1名・1名
4. 介護職員	常勤兼務・非常勤	3名・2名
5. 機能訓練指導員	常勤兼務・非常勤兼務	1名・1名

4. 事業の目的と運営方針

1) 目的

みろく福祉サービス株式会社（デイサービスみろく）が開設する、認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型介護予防事業所（以下「事業所」という）が行う認知症対応型通所介護事業・介護予防認知症対応型通所介護事業（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、事業所の生活相談員その他の従業者（以下「職員」とする）が認知症で要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所介護を提供することを目的とする。

2) 方針

事業所の運営にあたっては、要支援又は要介護の状態となった利用者が、可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るように支援すると共に、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることに努める。

3) 内容

(1) 日常生活の介護に関すること

- ① 食事 ② 排泄 ③ 入浴 ④ 移動・移乗の介護
- ⑤ その他の日常生活に必要な身体介護

(2) 食事に関すること

給食を希望する利用者に対して、必要な食事サービスを提供する

- ① 準備・後始末の介助 ② 食事摂取の介助
- ③ その他必要な食事介助

(3) アクティビリティ・サービスに関すること

認知症である利用者が、その人らしさを保ち生きがいのある快適で豊かな日常生活を送る事が出来るような生活支援や家庭での日常生活に必要な基礎的なサービス（訓練）及び機能低下を防ぐため必要な訓練を行う。また、利用者の身体的・精神的な疲労回復と気分転換が図れるよう各種サービスを提供する。

- ① レクリエーション ② グループワーク ③ 行事的活動
- ④ 体操 ⑤ 音楽療法 ⑥ 機能訓練 ⑦ 休養

(4) 送迎に関すること

障害の程度、地理的条件、その他の事由により送迎を必要とする利用者については、必要な支援・サービスを提供する。

- ① 移動・移乗動作の介助 ② 送迎

(5) 相談・助言に関すること

利用者及びその家族の日常生活における身体、介護等に関する相談及び助言を行う。

- ① 日常動作訓練の相談・助言
- ② 日常生活自助具の方法の相談、助言
- ③ その他必要な相談、助言

5. 事故発生時の対応について

(1) 事故が発生した場合は当該利用者の家族、市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置をすばやくします。

(2) 利用者に対する介護の提供により損害すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

<保険会社 株式会社損害保険ジャパン>

<保険の種類 賠償責任保険>

6. 緊急時の対応について

利用者の病状等に急変その他の緊急事態が発生したときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡します。

<緊急時の連絡先>

氏名	続柄	TEL
氏名	続柄	TEL
氏名	続柄	TEL

★ 救急車を呼ぶときは「119番」です

7. 非常災害対策について

非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対する計画を作成し、防火管理者または、火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難・救出その他の訓練を行います。

8. 相談・苦情の窓口

相談窓口	連絡先	〒800-0101 北九州市門司区大字伊川 1739-1 TEL 093-483-1663 FAX 093-342-7183
	ご利用時間	平日 9時00分 ~ 18時00分
	窓口担当	デイサービス みろく 管理者 上田佳央
北九州市の相談窓口	北九州市役所保健福祉局介護保険課	TEL 093-582-2771
	門司区役所保健福祉課介護保険担当	TEL 093-331-1894
	小倉北区役所保健福祉課介護保険担当	TEL 093-582-3433
	小倉南区役所保健福祉課介護保険担当	TEL 093-951-4127
	若松区役所保健福祉課介護保険担当	TEL 093-761-4046
	八幡東区役所保健福祉課介護保険担当	TEL 093-671-6885
	八幡西区保健福祉課介護保険担当	TEL 093-642-1446
	戸畑区役所保健福祉課介護保険担当	TEL 093-871-4527
ご利用時間	平日 8時30分 ~ 17時15分	

福岡県国民健康 保健団体連絡会 (介護保険相談室)	所在地	〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町 13-47	
	連絡先	TEL 092-642-7800	FAX 092-642-7853
	ご利用時間	平日 8時30分 ～ 17時00分	

9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	実施
実施した直近の年月日	平成 23 年 10 月 17 日
実施した評価機関の名称	公益社団法人 福岡県介護福祉士会
評価結果の開示状況	事業所内で保管、閲覧可能にしている

10. 利用者は、北九州市内の被保険者に限る。

11. 中途解約について

ご解約はお電話、または FAX にてご連絡ください。こちらからお伺いして、別紙の解約書にて届出を記入していただきます。

12. 契約の終了と自動更新について

契約の有効期間については、要介護認定の有効期間の満了日で一旦終了することとなります。但し有効期間の満了日の7日前までに、ご利用者から契約を終了する旨の申し出がない場合には、この契約は要介護認定の有効期間まで、自動的に更新されます。

13. 守秘義務

当事業所は、ご利用者にサービスを提供させていただく上で知り得た情報、契約期間中はもとより、契約期間終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。また、ご利用者やそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、管理者の注意をもって管理を行い、処分の際に漏洩の防止に努めます。

1 4. 利用料

(1) 介護保険給付サービス

(サービス利用日数によりご利用者の1割負担額は多少前後します。)

認知症対応型通所介護費 (1日あたりのご利用者1割負担額)

所要時間	2時間以上 3時間未満	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	7時間以上 8時間未満
要介護1	364	552	578	871	893	1,009
要介護2	401	607	636	965	989	1,119
要介護3	438	663	695	1,056	1,082	1,229
要介護4	474	719	753	1,150	1,179	1,339
要介護5	511	774	811	1,244	1,276	1,449

介護予防認知症対応型通所介護費 (1日あたりのご利用者1割負担額)

所要時間	2時間以上 3時間未満	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	7時間以上 8時間未満
要支援1	318	482	505	753	772	874
要支援2	353	534	560	840	864	976

※2時間以上3時間未満の利用について

心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、認知症対応型通所介護サービスの長時間利用が困難な利用者の方のみご利用頂けます。

認知通所介護入浴介助加算(1)	41円/日
科学的介護推進体制加算	410円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6円/日
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	算定した単位数の1000分の104に相当する単位数
特定処遇改善加算(Ⅱ)	算定した単位数の1000分の31に相当する単位数
介護職員等ベースアップ等支援加算	算定した単位数の1000分の23に相当する単位数
認知通所介護送迎減算 (事業所が送迎をしない場合)	-48円/片道につき

※ADL等維持加算Ⅰ,Ⅱにつきましては、条件を満たした場合請求させていただきます。

2 介護保険サービス 2 割負担金

□要介護の方

所要時間	2 時間以上 3 時間未満	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	7 時間以上 8 時間未満
要介護 1	728	1, 103	1, 156	1, 741	1, 786	2, 018
要介護 2	802	1, 213	1, 272	1, 929	1, 977	2, 238
要介護 3	875	1, 326	1, 390	2, 112	2, 164	2, 457
要介護 4	948	1, 438	1, 505	2, 299	2, 358	2, 677
要介護 5	1, 021	1, 548	1, 621	2, 468	2, 551	2, 897

□要支援の方

所要時間	2 時間以上 3 時間未満	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	7 時間以上 8 時間未満
要支援 1	635	964	1, 009	1, 505	1, 544	1, 748
要支援 2	706	1, 068	1, 119	1, 680	1, 727	1, 951

※2 時間以上 3 時間未満の利用について

心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、認知症対応型通所介護サービスの長時間利用が困難な利用者の方のみご利用頂けます。

認知通所介護入浴介助加算 (1)	8 2 円/日
科学的介護推進体制加算	8 2 0 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1 2 円/日
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	算定した単位数の 1000 分の 104 に相当する単位数
特定処遇改善加算 (Ⅰ)	算定した単位数の 1000 分の 31 に相当する単位数
介護職員等ベースアップ等支援加算	算定した単位数の 1000 分の 23 に相当する単位数
認知通所介護送迎減算 (事業所が送迎をしない場合)	－ 9 6 円/片道につき

※ADL 等維持加算Ⅰ,Ⅱにつきましては、条件を満たした場合請求させていただきます。

3 介護保険サービス3割負担金

□要介護の方

所要時間	2時間以上 3時間未満	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	7時間以上 8時間未満
要介護1	1,092	1,654	1,733	2,612	2,679	3,027
要介護2	1,202	1,819	1,907	2,893	2,966	3,357
要介護3	1,312	1,989	2,084	3,167	3,246	3,686
要介護4	1,422	2,157	2,258	3,448	3,537	4,015
要介護5	1,532	2,322	2,432	3,732	3,826	4,345

□要支援の方

所要時間	2時間以上 3時間未満	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	7時間以上 8時間未満
要支援1	952	1,446	1,514	2,258	2,316	2,621
要支援2	1,059	1,602	1,678	2,520	2,591	2,926

認知通所介護入浴介助加算(1)	122円/日
科学的介護推進体制加算	920円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	18円/日
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	算定した単位数の1000分の104に相当する単位数
特定処遇改善加算(Ⅰ)	算定した単位数の1000分の31に相当する単位数
介護職員等ベースアップ等支援加算	算定した単位数の1000分の23に相当する単位数
認知通所介護送迎減算 (事業所が送迎をしない場合)	-144円/片道につき

※ADL等維持加算Ⅰ、Ⅱにつきましては、条件を満たした場合請求させていただきます。

4 その他費用

食事の提供に関する費用	600円/日
日常生活費・作品材料費等	実費を頂きます。
通常事業の実施地域外の送迎に係る費用	300円/日(往復)
事業所から提供したオムツ代	実費を頂きます。
お出かけやバスハイク等の費用	実費を頂きます。

以上のとおり、本書面により重要事項の説明をしました。

＜事業者＞ 住 所 〒800-0112
北九州市門司区大字畑 1207 番地
事業者名 みろく福祉サービス株式会社
デイサービス みろく
代表取締役 村上 順子 印

＜説明者＞

所 属：_____

氏 名：_____ 印

私は、本書面により、事業者からデイサービスについて重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

＜ご利用者＞

氏 名：_____ 印

＜利用者代理人＞（選任した場合）

代理人氏名：_____ 印

