

「デイサービスセンター東風館」重要事項説明書

通所介護サービス・第一号通所介護事業

(福岡県指定 第 4070602034 号)

《令和7年7月1日現在》

当事業所は、利用者に対して通所介護サービス・第一号通所介護事業を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 ふらて福祉会
法人所在地	北九州市八幡東区山路松尾町13番25号
電話番号	093-653-1711
代表者氏名	理事長 西野 憲史
設立年月	平成14年9月10日

2. 事業所の概要

施設の種類	通所介護サービス・予防給付型サービス 平成29年4月1日指定 福岡県 4070602034号
施設の名称	デイサービスセンター 東風館
施設の所在地	北九州市八幡東区松尾町23番16号
電話番号	093-653-0077
管理者氏名	安部 頼秋
開設年月	平成29年4月1日
利用定員	90名

(1) 事業所の目的

被保険者（以下、「利用者」という。）について、通所介護計画に基づき、可能な限り、在宅生活を維持・継続することを念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他日常生活上の支援、機能訓練、健康管理・療養上の介助を行ない、利用者が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に援助することを目的とする。

(2) 事業所の運営方針

従業者は、利用者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ができるよう、必要な日常生活の世話・支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感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ものとする。

(3) 通常の事業の実施地域

北九州市八幡東区、戸畑区、小倉北区、小倉南区（蒲生1・2丁目、高野1・2・3・4丁目）、
八幡西区（西川頭町、東川頭町、元城町、清納1丁目、陣山1・2丁目）とする。

(4) 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日から土曜日（但し、お盆（8月13日～8月15日）・ 年末年始（12月31日～1月3日）は除く）
受付時間	8:30～18:30まで電話連絡可能
サービス提供時間帯	月曜日～土曜日 9:00～17:00
送迎時間帯	迎え 8:00～9:30の間 送り 16:30～18:00の間 ※都合により若干前後する場合があります。

3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して通所介護サービス・予防給付型サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

○通所介護サービス・予防給付型サービス <定員90名>

職 種	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 介護職員	19名以上	19名
3. 生活相談員	1名以上	1名
4. 看護職員	1名以上	1名
5. 機能訓練指導員	1名以上	1名

<主な職種の勤務体制> 通所介護サービス・予防給付型サービス

職 種	勤 務 体 制
1. 生活相談員	日中 8:30～17:30 1名以上 ☆原則として1名以上の生活相談員が勤務します。
2. 介護職員	日中 8:30～17:30 19名以上
3. 看護職員	日中 8:30～17:30 1名以上 ☆原則として1名以上の看護職員が勤務します。
4. 機能訓練指導員	日中 8:30～17:30 1名以上

4. 当事業所が提供するサービスの概要

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

《通所介護サービス》

① 送迎

利用者のご自宅から当センター間を安全に送迎します。

② 排泄

排泄の自立を促すために、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③ 入浴

入浴又は清拭を行います。

④ 食事

食事の準備、配膳・下膳の介助、その他必要な食事の介助を行います。

⑤ アクティビティサービス

認知症予防のため、個々に応じた趣味活動を提供します。

⑥ 個別機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の維持又は改善するための訓練を個別に実施します。また、機能訓練指導員等が3ヶ月に1回以上居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、利用者又は家族に機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練の内容の見直し等を行います。

⑦ 相談・援助

利用者又はご家族からの相談・苦情をお受けいたします。

※③、⑥のサービスは必要なご利用者に提供します。

《予防給付型サービス》

① 送迎

利用者のご自宅から当センター間を安全に送迎します。

② 排泄

排泄の自立を促すために、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③ 入浴

入浴又は清拭を行います。

④ 食事

食事の準備、配膳・下膳の介助、その他必要な食事の介助を行います。

⑤ 運動器機能向上サービス

機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復または維持、向上するための訓練を実施します。

⑥ アクティビティサービス

認知症予防のため、個々に応じた趣味活動を提供します。

⑦ 相談・援助

利用者またはご家族からの相談・苦情をお受けいたします。

※③、⑤、⑥のサービスは必要なご利用者に提供します。

5. 当事業所が提供するサービス利用料金

(1) 介護保険の給付となるサービス

下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金の1割、2割または3割（自己負担額）をお納め下さい。

※利用料金の自己負担額は介護保険負担割合証の負担割合により、算定いたします。

要介護利用者料金表

2時間以上3時間未満

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	256円	294円	333円	370円	409円
2割	513円	588円	665円	740円	817円
3割	769円	882円	998円	1,110円	1,226円

3時間以上4時間未満

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	350円	400円	452円	502円	557円
2割	700円	801円	904円	1,004円	1,113円
3割	1,049円	1,201円	1,357円	1,506円	1,670円

4時間以上5時間未満

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	367円	420円	475円	528円	583円
2割	734円	840円	949円	1,057円	1,166円
3割	1,101円	1,259円	1,424円	1,585円	1,749円

5時間以上6時間未満

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	532円	629円	725円	823円	920円
2割	1,065円	1,257円	1,450円	1,647円	1,839円
3割	1,597円	1,886円	2,175円	2,470円	2,759円

6時間以上7時間未満

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	551円	650円	750円	851円	952円
2割	1,101円	1,300円	1,501円	1,701円	1,904円
3割	1,652円	1,950円	2,251円	2,552円	2,856円

7時間以上8時間未満

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	615円	726円	842円	959円	1,074円
2割	1,231円	1,452円	1,683円	1,918円	2,148円
3割	1,846円	2,178円	2,525円	2,878円	3,221円

※以上の金額には介護職員等処遇改善加算Ⅰは含まれていません

その他加算

	1割	2割	3割
入浴加算Ⅰ（1日あたり）	41円	81円	122円
サービス提供体制加算Ⅰ（1日あたり）	22円	45円	67円
個別機能訓練加算Ⅰ（1日あたり）	57円	114円	170円
個別機能訓練加算Ⅱ（1月あたり）	20円	41円	61円
ADL維持等加算Ⅱ（1月あたり）	61円	122円	182円
科学的介護推進体制加算（1月あたり）	41円	81円	122円
送迎減算（1回あたり）	▲48円	▲95円	▲143円

要支援利用者料金表

	1割	2割	3割
要支援1	1,823円	3,646円	5,470円
要支援2	3,672円	7,343円	11,015円

※以上の金額には介護職員等処遇改善加算Ⅰは含まれていません

その他加算

	1割	2割	3割
サービス提供体制加算1・要支援1	89円	178円	268円
サービス提供体制加算1・要支援2	178円	357円	535円
科学的介護推進体制加算（1月あたり）	41円	81円	122円
送迎減算（1回あたり）	▲48円	▲95円	▲143円

※サービス提供体制強化加算（Ⅰ）とは、介護職員の7割以上に介護福祉士の資格を有するものを配置し、質の高いサービス提供できる体制を強化した加算をいいます。

※介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）とは、経験・技能のある介護職員、その他の介護職員、その他の職種に対し、介護保険制度の基準をみたとすことにより所定の単位数に9.2%乗じられるものです。

(2) 介護保険の給付とならないサービス（契約書第5条、第9条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事の材料の提供（食材料費）

ご利用者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金： お食事代 600円
 おやつ代 160円

② アクティビティ活動

ご利用者の希望により参加されたアクティビティ活動のうち、材料費の必要な活動については実費をいただきます。

③ 日常生活上必要となる諸費用 実費（紙パンツ代は120円、尿もれパット代は40円）

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただく場合があります。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、通所介護計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合・介護認定で変更があった場合は、ご利用者の負担額が変更となります。

(3) キャンセル料

ご利用予定日の当日のキャンセルについては、ご請求させていただきます。

食事代（600円）・おやつ代（160円）

※ご利用日前日の営業時間17:30分まで連絡があった場合、キャンセル料の対象にはなりません。

(4) 利用料金のお支払方法

前記（1）、（2）、（3）料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア. 窓口で現金支払

イ. 下記指定口座への振込み

福岡銀行七条支店 普通預金 1273933

社会福祉法人ふらて福社会 理事長 西野憲史

ウ. 自動振替

福岡銀行・郵便局

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者へ申し出て下さい。

6. 協力医療機関について

緊急に医療を必要とする場合には、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療を受けることができます。（但し、下記医療機関での診療を義務づけるものでもありません。）

協力医療機関

医療機関の名称	医療法人ふらて会 西野病院
所在地	北九州市八幡東区山路松尾町13-27
診療科	内科、神経内科、循環器内科、消化器科、呼吸器科、小児科、放射線科、リハビリテーション科

7. 損害賠償（契約書第5章）

利用者に対する介護サービス提供に当たって、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。また、損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入しています。

8. 非常災害対策

管理者は、災害防止と利用者の安全を図るため、別に定める防災に関する規程に基づき、防災管理者及び消防計画を定め、常に利用者の安全確保に努めるとともに、非常災害に備えるために、所轄消防署と連絡を密にして、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

9. 緊急時事故発生について（契約書第3章 第10条4参照）

当事業所における利用者の症状に急変や事故が生じた場合は、緊急時対応マニュアルに基づき速やかにご家族・施設長・管理者・担当ケアマネージャー・主治医、又は協力医療機関・緊急車両など連絡を取るなど必要な対応をし、また、事故が発生した場合は、市町村へ事故報告とともに、必要な措置を講じます。（協力医療機関に関しては、上記参照）

10. 苦情の受付について（契約書第21条参照）

(1) 当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けています。

○苦情受付窓口（担当者）

安部 頼秋

白濱 幸

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8：30～17：30

T e l 093-653-0077

(2) 行政機関その他苦情受付機関

北九州市	各区保健福祉相談コーナー 介護保険係担当 門司区 TEL : 093-331-1881 小倉北区 TEL : 093-582-3433 小倉南区 TEL : 093-951-4111 八幡東区 TEL : 093-671-0801 八幡西区 TEL : 093-642-1441 戸畑区 TEL : 093-871-1501 若松区 TEL : 093-761-5321 受付時間 平日 9:00~17:00
福岡県国民保険団体連合会	所在地 福岡市博多区塚本町 13-47 TEL : 092-642-7859 FAX : 092-642-7857 受付時間 平日 9:00~17:00

令和 年 月 日

指定通所介護または予防給付型サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンター 東風館

説明者 : 職名

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、指定通所介護サービスまたは予防給付型サービスの提供開始に同意しました。

利用者 : 住所

氏名

印

同席者 : 住所
利用者との関係

() : 氏名

印