

株式会社 シダー

通所介護  
介護予防・日常生活支援総合事業  
重要事項説明書

令和8年2月1日 現在

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態又は要支援状態等にある利用者が可能な限りその居宅において、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生活機能の維持又は向上を目指し、安心して日常生活を過ごすことができるようサービスを提供することを目的とします。

事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境を踏まえ、介護保険法その他関係法令及び利用契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。

2. 事業所の概要

開設者名称	株式会社 シダー	事業所名	あおぞらの里 福岡西デイサービスセンター		
所在地	福岡県北九州市小倉北区 足立二丁目1番1号	所在地	福岡市西区野方一丁目16番38号		
		電話番号	092-894-8866	FAX番号	092-894-8873
電話番号	093-932-7005	指定番号	4071200853	管理者名	山田 友昭
FAX番号	093-932-7015	通常の事業の 実施地域	福岡市西区、福岡市早良区、福岡市城南区、福岡市中央区(福岡市中央区は通所介護のみ)の区域とする。		
代表取締役	座小田 孝安				

(1) 従業者の体制

(名)

	職務の内容	常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
管理者	業務の一元的な管理		1		
生活相談員	生活相談及び指導		4	1	
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と口腔機能のチェック及び指導、保健衛生管理		2		2
介護職員	介護業務	4	6	2	2
機能訓練指導員	機能回復訓練の指導及び実施	看護師		2	2
		准看護師			
		理学療法士	1		
事務員	事務業務	1			

(2) 定員及び営業時間帯

営業日	定員	営業時間帯	標準的なサービス提供時間
月・火・水・木・土	54名	午前8時30分～午後5時00分	午前9時00分～午後4時05分の範囲内
金	59名	午前8時30分～午後5時00分	午前9時00分～午後4時05分の範囲内
日	20名	午前8時30分～午後5時00分	午前9時00分～午後4時05分の範囲内
-	-	-	-
-	-	-	-

3. サービスの内容

- ①計画書の作成
- ②機能訓練(認知症に対する機能訓練を含む)
- ③口腔機能向上訓練
- ④健康状態の確認
- ⑤介護方法の指導等
- ⑥生活相談
- ⑦送迎サービス
- ⑧給食サービス
- ⑨入浴サービス

## 4. サービス利用にあたっての留意事項

- ①利用者さままたはご家族は、体調の変化があった際には当事業所のスタッフにご一報ください。
- ②利用者さまがデイサービス内の機械及び器具を利用される際は、必ずスタッフに声をかけてください。
- ③当事業所内で金銭及び食べ物をやりとりすることは、ご遠慮ください。
- ④当事業所では、原則として以下の物品の取り扱いをいたしません。
  - 1) 利用者さま宅の鍵  
担当ケアマネージャーを含めた話し合いにより必要と認められた場合は、鍵の取り扱いについて利用者さままたはご家族の相談に応じます。
  - 2) 利用料金等の現金
  - 3) 医療機関から処方された薬以外の薬類
- ⑤当事業所は、利用料金等現金の取り扱いをいたしません。
- ⑥スタッフに対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑦お弁当の持込はご希望により応じておりますが、持ち込まれた弁当等の管理や衛生面、及びこれに関わる事故(食中毒等)につきましては責任を負いかねますので、予めご了承ください。
- ⑧サービス提供記録等の複写物を希望される場合は、費用(1ページ20円)を請求します。

## 5. 非常災害対策

当事業所では、非常災害その他緊迫の事態に備え、常に関係機関と連絡を密にし、取るべき措置について予め消防計画等の対策を立て、年2回利用者さまとともに訓練を行います。

## 6. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者さまの病状が急変した場合などには、速やかに主治医等への連絡等必要な措置を講じます。

## 7. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、市町村、ご家族、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等へ連絡を行うなどの必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、利用契約に則り速やかに損害賠償いたします。

(損害賠償保険) 損害保険ジャパン株式会社 : 居宅介護事業者賠償責任保険

\* 損害賠償保険の支払いは、事業者に故意又は過失が存在する場合に限られます。  
また、損害賠償保険金が支払われる場合であっても、利用者さまに過失が認められる場合には、賠償金額が減額されることがあります。

## 8. 第三者評価の実施状況

実施の有無	なし	実施日(直近)	—
評価機関の名称	—	評価結果の開示	—

## 9. 守秘義務に関する対策

当事業所及びスタッフは、業務上知り得た利用者さままたはそのご家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、スタッフとの雇用契約の内容としています。

## 10. 利用者の尊厳

利用者さまの人権及びプライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、スタッフ教育を行います。

## 11. 身体拘束の廃止

どのような状況下でも、利用者さまの自由を制限するような身体拘束を行わないこととします。

## 12. 虐待の防止のための措置

当事業所は、別途定める「高齢者虐待防止のための指針」に基づき、虐待の防止に努めます。虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者は管理者とします。また、サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者さまを発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

### 1.3. 利用料金表

【通所介護】

施設区分 大規模(I)

地域区分 5級地

\*1単位を 10.45 円として計算します。

		利用者負担金額			
		単位数	1割負担	2割負担	3割負担
利用時間 3～4時間	要介護1	358	375円	749円	1,123円
	要介護2	409	428円	855円	1,283円
	要介護3	462	483円	966円	1,449円
	要介護4	513	536円	1,072円	1,608円
	要介護5	568	594円	1,187円	1,781円
利用時間 4～5時間	要介護1	376	393円	786円	1,179円
	要介護2	430	450円	899円	1,348円
	要介護3	486	508円	1,016円	1,524円
	要介護4	541	566円	1,131円	1,696円
	要介護5	597	624円	1,248円	1,872円
利用時間 5～6時間	要介護1	544	569円	1,137円	1,706円
	要介護2	643	672円	1,344円	2,016円
	要介護3	743	777円	1,553円	2,330円
	要介護4	840	878円	1,756円	2,634円
	要介護5	940	983円	1,965円	2,947円
利用時間 6～7時間	要介護1	564	590円	1,179円	1,768円
	要介護2	667	697円	1,394円	2,091円
	要介護3	770	805円	1,610円	2,414円
	要介護4	871	911円	1,821円	2,731円
	要介護5	974	1,018円	2,036円	3,054円
利用時間 7～8時間	要介護1	629	658円	1,315円	1,972円
	要介護2	744	778円	1,555円	2,333円
	要介護3	861	900円	1,800円	2,700円
	要介護4	980	1,025円	2,049円	3,073円
	要介護5	1,097	1,147円	2,293円	3,439円

(加算)

	利用者負担金額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算(I)	40	42円	84円	126円
個別機能訓練加算(I)イ	56	59円	117円	176円
個別機能訓練加算(I)ロ	76	80円	159円	239円
個別機能訓練加算(II) (1月につき)	20	21円	42円	63円
サービス提供体制加算(III)	6	7円	13円	19円
若年性認知症利用者受入加算	60	63円	126円	189円
口腔機能向上加算(I) (月2回まで)	150	157円	314円	471円
科学的介護推進体制加算(1月につき)	40	42円	84円	126円
中重度者ケア体制加算	45	47円	94円	141円
介護職員等処遇改善加算(II)	合計単位数の9.0%			

(減算)

	差引金額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
送迎を行わない場合(片道につき)	-47	-50円	-99円	-148円
		円	円	円

【介護予防型通所サービス】

地域区分	5級地
------	-----

\*1単位を 10.45 円として計算します。

	利用者負担金額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1(月4回以上)	1,798 /月	1,879 円	3,758 円	5,637 円
要支援2(月8回以上)	3,621 /月	3,784 円	7,568 円	11,352 円
-	/月	円	円	円
	利用者負担金額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1	436 /回	456 円	912 円	1,367 円
要支援2	447 /回	468 円	935 円	1,402 円
-	/回	円	円	円

(加算)	利用者負担金額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
若年性認知症受入加算	240	251 円	502 円	753 円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150/月	157 円	314 円	471 円
サービス提供体制加算(Ⅲ)要支援1(週1回程度)	24	25 円	50 円	75 円
サービス提供体制加算(Ⅲ)要支援2(週2回程度)	48	51 円	101 円	151 円
サービス提供体制加算(Ⅲ)要支援2(週1回程度)	24	25 円	50 円	75 円
科学的介護推進体制加算	40/月	42 円	84 円	126 円
		円	円	円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	合計単位数の9.0%			

(減算)	差引金額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
送迎を行わない場合 1月1,798単位の場合376単位まで 1月3,621単位の場合752単位まで	-47	-50 円	-99 円	-148 円
		円	円	円

【生活支援型通所サービス】

地域区分	5級地
------	-----

\*1単位を 10.45 円として計算します。

	利用者負担金額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1	1,446 /月	1,511 円	3,022 円	4,533 円
要支援2	2,911 /月	3,042 円	6,084 円	9,126 円
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1	351	367 円	734 円	1101 円
要支援2	359	376 円	751 円	1126 円

(加算)	利用者負担金額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制加算(Ⅲ)要支援1(週1回程度)	19	20 円	40 円	60 円
サービス提供体制加算(Ⅲ)要支援2(週2回程度)	38	40 円	80 円	120 円
		円	円	円
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	合計単位数の8.0%			

(減算)	差引金額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
送迎を行わない場合 1月1,446単位の場合302単位まで 1月2,911単位の場合605単位まで	-38	-40 円	-80 円	-120 円
		円	円	円

【その他の費用】

食事代(1食につき)	700 円	教養娯楽費	実費
食事キャンセル料(当日分)	700 円	サービス提供記録等の複写物に係る費用	1ページ20円

\*食事キャンセル料については、お休みする日の前日午後5時までにご連絡いただければ発生しません。  
また、当日入院となった場合、食事キャンセル料はいただきません。

## 1.4. 苦情相談窓口

(当社窓口) 苦情や相談、個人情報に関するお問い合わせについて対応いたします。

事業所	窓口担当	山田 友昭
	ご利用時間	月～日曜日
		午前8時30分～午後5時00分
ご利用方法	電話:092-894-8866	

本社	窓口担当	総務部
	ご利用時間	月～土曜日
		午前8時30分～午後5時00分
ご利用方法	電話: 093-932-7005	

公的機関においても苦情の申出ができます。

保険者		
福岡市西区	窓口名	福祉・介護保険課
	所在地	福岡市西区内浜1-4-1
	電話番号・FAX番号	092-895-7063・092-881-5874
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分
福岡市早良区	窓口名	福祉・介護保険課
	所在地	福岡市早良区百道2-1-1
	電話番号	092-833-4352・092-831-5723
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分

福岡市城南区	窓口名	福祉・介護保険課
	所在地	福岡市城南区鳥飼6-1-1
	電話番号・FAX番号	092-833-4170・092-822-2133
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分
福岡市中央区	窓口名	福祉・介護保険課
	所在地	福岡市中央区大名2-5-31
	電話番号・FAX番号	092-718-1099
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分

### 国民健康保険団体連合会(国保連)

福岡県国民健康保険団体連合会	窓口名	介護保険課
	所在地	福岡市博多区吉塚本町13-47
	電話番号・FAX番号	092-642-7859・092-642-7857
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分

本書面に基づき、ご本人又は代理人に対し重要な事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

所在地: 福岡市西区野方一丁目16番38号

事業所名: あおぞらの里 福岡西デイサービスセンター

管理者: 山田 友昭

説明者:

私は、本書面により事業所から通所介護サービス又は介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業サービスについて重要な事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

(本人)

(本人代理人(選任した場合)・代理人)

住所:

住所:

氏名:

氏名:

(続柄 )