

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 豊前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	福岡県豊前市大字三毛門400-5		
		電話番号	0979-84-0111	FAX番号	0979-84-0611
電話番号	093-932-7005	指定番号	4072700299	管理者名	井上 浩幸
FAX番号	093-932-7015	通常の事業の 実施地域	豊前市、中津市、吉富町、上毛町、築上町		
代表取締役	座小田 孝安				

(1) 従業員の体制

(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名		
生活相談員	生活相談及び指導		3名		
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		3名		1名
介護職員	介護業務	4名	6名	2名	1名
機能訓練指導員	機能回復訓練の指導及 び実施		看護師 1名		1名
			准看護師 2名		
事務員	事務業務	1名			

(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
月曜日、土曜日	48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
火曜日、木曜日、金曜日	45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
水曜日	43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
日曜日	22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 | ⑥生活相談 |
| ②機能訓練(認知症に対する機能訓練を含む) | ⑦送迎サービス |
| ③口腔機能向上訓練 | ⑧給食サービス |
| ④健康状態の確認 | ⑨入浴サービス |
| ⑤介護方法の指導等 | |

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はいたしません。
 - 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はいたしません。
- 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	通常規模	地域区分	その他
--------	------	------	------	-----

*1単位を 10 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	370	370円	740円	1,110円
	要介護2	423	423円	846円	1,269円
	要介護3	479	479円	958円	1,437円
	要介護4	533	533円	1,066円	1,599円
	要介護5	588	588円	1,176円	1,764円
利用時間 4～5時間	要介護1	388	388円	776円	1,164円
	要介護2	444	444円	888円	1,332円
	要介護3	502	502円	1,004円	1,506円
	要介護4	560	560円	1,120円	1,680円
	要介護5	617	617円	1,234円	1,851円
利用時間 5～6時間	要介護1	570	570円	1,140円	1,710円
	要介護2	673	673円	1,346円	2,019円
	要介護3	777	777円	1,554円	2,331円
	要介護4	880	880円	1,760円	2,640円
	要介護5	984	984円	1,968円	2,952円
利用時間 6～7時間	要介護1	584	584円	1,168円	1,752円
	要介護2	689	689円	1,378円	2,067円
	要介護3	796	796円	1,592円	2,388円
	要介護4	901	901円	1,802円	2,703円
	要介護5	1,008	1,008円	2,016円	3,024円
利用時間 7～8時間	要介護1	658	658円	1,316円	1,974円
	要介護2	777	777円	1,554円	2,331円
	要介護3	900	900円	1,800円	2,700円
	要介護4	1,023	1,023円	2,046円	3,069円
	要介護5	1,148	1,148円	2,296円	3,444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
入浴加算(1)	40	40円	80円	120円
サービス提供体制強化加算(1)	22	22円	44円	66円
若年性認知症利用者受入加算	60	60円	120円	180円
口腔機能向上加算(月2回まで)	150	150円	300円	450円
科学的介護推進体制加算(月1回)	40	40円	80円	120円
中重度者ケア体制加算	45	45円	90円	135円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
介護職員等処遇改善加算(1)	合計単位数の9.2%			

(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	-47円	-94円	-141円
		円	円	円

【介護予防型通所サービス】

地域区分	その他
------	-----

*1単位を 10 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	1,798 円	3,596 円	5,394 円
要支援2(月8回以上)	3,621 /月	3,621 円	7,242 円	10,863 円
-	/月	円	円	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	/回	円	円	円
要支援2	/回	円	円	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
サービス提供体制強化加算(1)(事業対象者・要支援1)	88	88 円	176 円	264 円
サービス提供体制強化加算(1)(事業対象者・要支援2)	176	176 円	352 円	528 円
口腔機能向上加算(1)	150	150 円	300 円	450 円
若年性認知症利用者受入加算	240	240 円	480 円	720 円
科学的介護推進体制加算	40	40 円	80 円	120 円
		円	円	円
		円	円	円
介護職員等処遇改善加算(1)	合計単位数の9.2%			

(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	-47 円	-94 円	-141 円
		円	円	円

地域区分	
------	--

*1単位を 10 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	円	円	円
要支援2	/月	円	円	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	/回	円	円	円
要支援2	/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
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

(減算)	差引金額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
		円	円	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。

14. 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	井上 浩幸
	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:0979-84-0111	

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	窓口名	豊築支部
福岡県介護保険広域連合 豊築支部	所在地	豊前市大字八屋1702-5
	電話番号・FAX番号	0979-84-1111:0979-84-1116
	対応時間	午前8時30分～午後5時00分(土・日・祝日を除く)
	窓口名	健康長寿推進課
豊前市	所在地	豊前市大字吉木955
	電話番号・FAX番号	0979-82-8114:0979-82-9222
	対応時間	午前8時30分～午後5時00分(土・日・祝日を除く)
	窓口名	介護長寿課
中津市	所在地	中津市豊田町14-3
	電話番号・FAX番号	0979-62-9804:0979-26-1217
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分(土・日・祝日を除く)

	窓口名	福祉保険課
吉富町	所在地	築上郡吉富町大字広津226-1
	電話番号・FAX番号	0979-24-1123:0979-24-3219
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分(土・日・祝日を除く)
	窓口名	長寿福祉課
上毛町	所在地	築上郡上毛町大字垂水1321-1
	電話番号・FAX番号	0979-72-3188:0979-72-4664
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分(土・日・祝日を除く)
	窓口名	保険福祉課
築上町	所在地	築上郡築上町大字椎田891-2
	電話番号・FAX番号	0930-56-0300:0930-56-0334
	対応時間	午前8時30分～午後5時00分(土・日・祝日を除く)

国民健康保険団体連合会(国保連)

	窓口名	介護保険課
福岡県国民健康保険団体連合会	所在地	福岡市博多区吉塚本町13-47
	電話番号・FAX番号	092-642-7859:092-642-7856
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分(土・日・祝日を除く)

	窓口名	介護保険課
大分県国民健康保険団体連合会	所在地	大分県大分市大手町2丁目3-12
	電話番号・FAX番号	097-534-8475:097-534-4020
	対応時間	午前9時00分～午後5時15分(土・日・祝日を除く)

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: 福岡県豊前市大字三毛門400-5

事業所名: あおぞらの里 豊前デイサービスセンター

管理者: 井上 浩幸

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)

