

重要事項説明書

デイサービス（通所介護、介護予防型通所サービス）

当事業所はご契約者に対して介護予防型通所サービス、通所介護サービスを提供します。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。別途ご相談ください。

1 事業者

事業者の名称	株式会社ワンフォーワン
事業者の所在地	福岡県福岡市早良区飯倉2丁目11番4号
法人種別	株式会社事業体

2 御利用施設

施設の名称	ワンフォーワンデイサービスセンター		
施設の所在地	福岡県福岡市早良区東入部6丁目9番28号		
管理者名	管理者 西口 健太		
電話番号	092-804-1401		
ファクシミリ番号	092-804-1402		
第三者評価の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり 2. なし
	2. なし		

3 事業の目的と運営方針

本事業は、介護保険法に基づく介護予防型通所サービス、通所介護サービス事業者であり、居宅要介護者等を対象とし、日帰りで老人福祉法における老人デイサービスに通い、入浴、及び食事の提供（介護を含む）、その他の日常生活の世話や機能訓練を行うことが目的である。

利用者の人間性、主体性、自立性を尊重し、個々の利用者の多様なニーズに対応した、きめ細かいサービスを利用者の立場にたって提供することが運営の方針である。

4 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地		888.07㎡
建物	構造	木造平屋建
	延べ床面積	292.09㎡
	利用定員	計58名 (通所介護・介護予防型通所サービス 定員58名)

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人当りの面積
食堂及びデイルーム	1室	102.97㎡	3.04㎡
機能訓練室1	1室	17.24㎡	
機能訓練室2	1室	8.67㎡	
機能訓練室3	1室	26.12㎡	
機能訓練室4	1室	21.00㎡	
浴室	1室	8.73㎡	
便所	2箇所	17.46㎡	
静養室	1室	7.61㎡	
相談室	1室	6.62㎡	

5 職員体制（主たる職員）

当事業所では、指定通所介護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。

職種	常勤換算	指定基準	資格・免許等
管理者	1名	1名	経験者
生活相談員	1.2名	1.17名	経験者等
看護職員	1.2名	1.17名	看護師・准看護師
機能訓練員	1.2名	1.17名	看護師・准看護師等
介護職員	10名	10名	介護福祉士等

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
全職員	8：30～17：30 常勤職員の場合	4週8休

7 営業日

営業日	月、火、水、木、金、土
-----	-------------

	(日、国民の祝日、年末年始12月30日から1月3日までを除く)
--	---------------------------------

8 通常のサービス実施地域

福岡市早良区 ・ 福岡市西区 ・ 福岡市城南区 ・ 福岡市中央区 ・ 福岡市南区
--

9 利用者のサービスの選択に資する重要事項(利用料等)

施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

通所介護（一日単位の料金）

※一割負担の場合

所要時間	要介護度	利用者負担額	入浴される方 (加算されます)
サービス提供時間 10時～16時15分	要介護1	701 円	45 円
	要介護2	817 円	45 円
	要介護3	933 円	45 円
	要介護4	1,047 円	45 円
	要介護5	1,163 円	45 円

注) 地域加算（5級地）、個別機能訓練加算（Ⅰイ）、介護職員処遇改善加算（Ⅲ）を含む

介護予防型通所サービス（一月単位の定額制料金） ※一割負担の場合

所要時間	要支援度	利用者負担
サービス提供時間 10時～16時15分	要支援1	2,030 円
	要支援2	4,087 円

注) 地域加算（5級地）、介護職員処遇加算（Ⅲ）を含む

種 類	内 容	利用料
食事の提供介助	- 調理職員、介護職員が利用者と相談し、献立を立案し、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 (ただし、食材料費は給付対象外です。) (食事時間) - 食事提供時間については、 12:00 ～ 13:00	介護報酬の告示上の額 (ただし、法定代理受領の場合は居宅介護(支援)サービス基準額の1割相当、法定代理受領でない場合は、居宅介護(支援)

排せつの介助	・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、利用者の心身状況を配慮し、回数、おむつの種類を選定致します。	サービス基準額相当額です。） 又は、 第1号事業に関する規則上の額
入浴の介助	(入浴回数、時間、方法) ・介護計画に基づき、利用者の心身状況、要望を勘案し、提供致します。	
着替え等の介助	・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。	
機能訓練	・介護職員による利用者の心身の状況に適合した日常生活リハビリを含めた機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。 (当施設の保有するリハビリ器具・福祉機器) 車椅子 2 台 マッサージ器 3 台 フットマッサージ器 3 台 下肢温熱療法機器 3 台	
送 迎	・介護計画に基づき、御自宅から施設まで送迎いたします。	
健康管理	・緊急等必要な場合には主治医あるいはご家族の希望する医療機関等に責任をもって引継ぎます。	
相談および援助	・当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 西口 健太 吉本 祐也	

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	利 用 料 金
食材料費	1食 600 円
おやつ代	クッキングデイにて調理したものを喫食
クッキングデイ材料費	食材料費に含む（特別企画の場合は、実費負担あり）

種 類	内 容	利用料
オムツの提供	・基本的には、御家庭で使用する物を持参ください。 ・必要とあれば、利用者の心身状況、御希望に応じて提供することもできます。	紙オムツ テープ止め M120 円 L130 円 背中モレガード M130 円 L140 円 尿とりパット 男性用 30 円 女性用 30 円 上記以外も各種用意 いたしております。 料金については、 別途確認下さい。
食材の提供	・栄養士による食材、献立管理により、新鮮で安価な食材を提供します。	別途表示
レクリエーション行事	・当施設では、施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。	・施設外レクリエーションについては、実費（交通費・入場料等が必要になる場合もございます。）
通常の実施区域以外の送迎	・通常の実施区域以外への送迎については、御相談承ります。	・実費にて交通費を請求することがあります。

(3) 利用料金支払方法

- (1) 月々の利用料金については、施設窓口へ直接御支払いください。
- (2) 御振込にて御支払い御希望の場合は、別途指定振込口座を提示させていただきます。
尚、銀行振込手数料については、各御利用者の自己負担でお願い致します。

10 秘密の保持

従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
また、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

11 苦情等申立先

当施設御利用 相談窓口	窓口担当者	西口 健太
	御利用時間	毎日 午前8時30分～午後5時30分
	御利用方法	電話092-804-1401
福岡国民健康保険 団体連合会	窓口担当者	介護保険課
	御利用時間	月～金曜日 午前9時～午後5時
	御利用方法	電話 092-642-7859
福岡市早良区役所	福祉介護保険課	電話 092-833-4355
福岡市西区役所	福祉介護保険課	電話 092-895-7066
福岡市城南区役所	福祉介護保険課	電話 092-833-4106
福岡市中央区役所	福祉介護保険課	電話 092-718-1102
福岡市南区役所	福祉介護保険課	電話 092-559-5127

12 非常災害時の対策

非常時の対応	・別途定める「消防災害計画」に従い対応を行います。			
近隣との協力関係	・東入部6丁目町内会と協力していきます。			
平常時の訓練等	・別途定める「消防災害計画」に従い、年2回避難訓練を行います。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	非常警報設備	有	誘導灯	有
	消火器	有	ガス漏れ報知器	有
	カーテン、クロス等は防煙性能のあるものを使用しております			

13 当施設ご利用の際に留意いただく事項

居室・設備・ 器具の利用	・施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく ことがございます。
喫煙	・当施設は、敷地内すべて禁煙となっております。
迷惑行為等	・騒音等他の利用者の迷惑になる行為は御遠慮願います。
所持品の管理	・所持品の管理については、原則、御利用者にお願ひします。高価な ものは持ち込まないようお願い致します。
現金等の管理	・原則として、施設側では行いません。御利用者の心身状況、御家族 の要望があれば、別途御相談ください。
宗教活動・政治活動	・施設内で他の御利用者に対する宗教活動および政治活動は御遠慮 ください。

私は、本書面に基ついて乙の職員から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

(甲) 御利用者

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

利用者の家族等

続柄 ()

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩