

福岡市総合事業
介護予防型通所サービス
重要事項説明書

様

社会福祉法人 アイリス
第2野芥デイサービスセンター

1 介護予防型通所サービスの目的及び運営の方針

介護予防型通所サービスは、要支援状態にあるご利用者に対し、介護保険法で定める介護予防型通所サービスを提供し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等を行うことにより、ご利用者の心身機能の維持および社会的孤立感の解消を図り、ご利用者がその有する能力に応じて、可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるよう、また、ご利用者のご家族の身体的・精神的負担軽減を図れるよう支援することを目的とします。

2 基本理念

社会福祉法人アイリス 第2野芥デイサービスセンター（以下、「第2野芥デイサービスセンター」とします）は、次に掲げる運営方針に基づき事業を運営するものとします。

《第2野芥デイサービスセンター運営方針》

- ① ご利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、また、当該目標を達成する為の具体的なサービス内容等を記載した介護予防型通所サービス計画書を作成し、その計画に基づき、ご利用者の機能訓練及びその他ご利用者が日常生活を営むことができるよう、必要な援助を行う。
- ② 指定介護予防型通所サービスの提供にあたっては、親切丁寧に行うことを旨とし、サービスの提供方法等に関して、ご利用者及びその家族に対して、理解しやすいように説明する。
- ③ 従業者の教育研修を重視し、提供するサービスの質について常にその改善に努め、介護技術の進歩に対応した適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- ④ 常にご利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練、その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。

3 概要

（1）事業者の概要

法人名	社会福祉法人 アイリス
代表者名	理事長 江頭 啓介
事業所名	第2野芥デイサービスセンター

（2）サービス事業所の概要

サービス事業所の名称	第2野芥デイサービスセンター
所在地	福岡市早良区田村5丁目10番10号
電話番号	092-407-0278
FAX	092-407-0902
指定事業所番号	4071404315
利用定員	40名（介護給付サービス定員含む）
サービス提供地域	早良区・城南区・西区・中央区・南区

(3) 営業日および営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝日も含む）
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分（送迎時間を含む）
休業日	日曜日、1 月 1 日から 1 月 3 日

＊ 居宅サービス計画により、休業日および営業時間外であってもサービスを提供する場合があります。

(4) 職員体制

(令和 7 年 4 月 1 日現在)

職 種	常勤	非常勤	計
管理者（生活相談員兼務）	1 人		1 人
生活相談員兼介護職員	2 人		3 人
看護職員兼機能訓練指導員	1 人	1 人	2 人
介護職員	4 人	2 人	6 人
厨房職員	1 人	1 人	2 人
事務職員			

(5) 職務内容

① 管理者

サービス従業者の管理、又、指定介護予防型通所サービスのご利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。厚生労働省令に定められた介護予防通所介護事業の人員、設備および運営に関する基準を遵守させるために必要な指揮命令を行います。

② 生活相談員

ご利用者およびその家族から心身、生活、当該サービスに関する内容等の相談に対応し、相談者の精神的負担の軽減を促すと共に、ご利用者により快適なサービスの提供ができるよう当該の相談内容を必要に応じてサービスに反映、質の改善・向上を目指します。当該目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した「介護予防型通所サービス計画」を作成し、ご利用者にその内容を説明致します。介護予防型通所サービスのご利用の申し込みに係る調整、サービス従業者に対する技術指導など、サービスの内容の管理を行ないます。

③ 看護職員

血圧、脈拍、体温測定等による健康チェックを実施し、ご利用者の健康面を管理支援します。緊急時の対応、処理、記録等を行います。

④ 介護職員

- ・環境整備、レクリエーションの計画・準備・実施
- ・各種記録（レクリエーション、介護等）
- ・送迎（運転、添乗介助）
- ・入浴介助・食事介助・排泄介助等、介護予防型通所サービス全般に渡るご利用者への介護・支援を行います。

⑤ 機能訓練指導員

日常動作訓練、歩行訓練等を実施・指導し、ご利用者が日常生活を営むのに必要な身体機能の維持・向上に努めます。

⑥ 厨房職員

ご利用者の昼食の献立作成、及び調理を行います。

⑦ 事務職員

本事業所運営時に必要な事務を行います。

(6) サービス内容

- ① 「介護予防型通所サービス」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、その施設において、入浴及び食事提供（これらに伴う介護も含む）、生活などに関する相談、助言、健康状態の確認、並びに機能訓練を行うサービスです。その他、ご利用者に必要な日常生活上の世話等を行います。
- ② 事業者は、次の施設及びスケジュールによりサービスを提供します。

サービス提供 を行う施設	所在地	〒814-0175 福岡市早良区田村5丁目10番10号
	名称	第2野芥デイサービスセンター
	電話	092-407-0278
	F A X	092-407-0902

利用日	利用時間	内容（概要）
月曜日	9:30～16:45	食事・入浴・機能訓練
火曜日	9:30～16:45	食事・入浴・機能訓練
水曜日	9:30～16:45	食事・入浴・機能訓練
木曜日	9:30～16:45	食事・入浴・機能訓練
金曜日	9:30～16:45	食事・入浴・機能訓練
土曜日	9:30～16:45	食事・入浴・機能訓練

* ご利用者の都合により日時を変更する場合は、協議して定めます。

(7) サービスに関する留意事項

※利用者及び利用者の家族の禁止行為

- ①職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ②職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ③職員に対するセクシュアルハラスメント（意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

(8) サービス契約の終了

※事業者は、次に掲げるいずれかの場合には、サービス契約を解除することができる。

- ①職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ②職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ③利用者または利用者の家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力またはセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、または生ずる恐れのある場合であって、その危害の発生または再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき。

4 利用料金

① サービス料金

<介護予防型通所サービス費>

算定項目		単位	基本料金	算定単位
基本サービス費	事業対象者・要支援 1	1.798	18.789 円	1 月につき
		59	616 円	1 日につき
	要支援 2（週 2 回程度）	3.621	37.839 円	1 月につき
		119	1,243 円	1 日につき
	要支援 2（週 1 回程度）	1798	18.789 円	1 月につき
		59	616 円	1 日につき
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	事業対象者・要支援 1	72	752 円	1 月につき
	要支援 2（週 2 回程度）	144	1,504 円	1 月につき
	要支援 2（週 1 回程度）	72	752 円	1 月につき
処遇改善加算Ⅰ		合計単位数の 92/1000 加算		1 月につき

② ご利用者負担金（非課税となります。）

介護保険の適用になるご利用者は、前記の基本料金の介護保険負担割合証に応じた額をお支払いいただきます（法定代理受領）。

③ その他ご利用者の実費負担の対象

種類	基準額	備考
食事の提供に要する費用（おやつ代込）	650 円	1 食あたり
〃（生活保護・支援給付等の方）	430 円	1 食あたり
おやつ代のみ	100 円	1 食あたり
尿取りパット代	30 円～50 円	1 枚あたり
リハビリパンツ代	150 円	1 枚あたり

5 支払方法

- ① ご利用者の負担金は、原則として口座振替の方法でお支払いいただきます。ご指定の金融機関の口座から毎月 27 日（金融機関が休業日の場合は翌営業日）に引き落とします。口座引き落とし以外のお支払いについては、サービス事業所または相談員にご相談下さい。
- ② 認定申請日前のお客様へサービス提供を行った場合など「償還払い」の対象となる場合があります。
- （お客様が一旦利用料金の全額を本事業所にお支払いいただき、その後、本事業所より交付された「サービス提供証明書」と「領収書」を市町村に申請し、保険給付分の費用の払い戻しを受けることを償還払いといいます。）

6 キャンセル

- ① お客様の都合によりキャンセルをした場合は下記の料金をいただきます。

①サービス利用日の前開館日の 17 時までのご連絡	無料
②サービス利用日の前開館日の 17 時以降のご連絡	ご利用者負担金 1 割分

- * 救急車・主治医等に関わる緊急対応が生じた場合はキャンセル料をいただきません。
- * お客様の都合によりキャンセルが頻繁に起こる場合については、キャンセル料を協議の上変更します。

- ② ご利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかに下記の連絡先までご連絡ください。

キャンセルの連絡先名称	第 2 野芥デイサービスセンター
キャンセルの連絡先電話番号	092-407-0278

7 相談・要望・苦情等の窓口

介護予防型通所サービスに関する相談・要望・苦情などは、下記窓口までお申し付けください。

第 2 野芥デイサービスセンター	担当	片田 修二
	電話	092-407-0278
	F A X	092-407-0902
受け付け時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分	

苦 情 窓 口

福岡県国民健康保険団体連合	092-642-7858（直通）
福岡市早良区 保健福祉センター 福祉・介護保険課	092-833-4355（直通）
福岡市城南区 保健福祉センター 福祉・介護保険課	092-833-4105（直通）
福岡市中央区 保健福祉センター 福祉・介護保険課	092-718-1102（直通）
福岡市西区 保健福祉センター 福祉・介護保険課	092-895-7066（直通）
福岡市南区 保健福祉センター 福祉・介護保険課	092-559-5121（直通）

第2 野芥デイサービスセンターの苦情解決体制

提供する福祉サービスについて利用者からの苦情の適切な解決に努めています。

苦情解決責任者

施設長 片田 修二	092-407-0278
-----------	--------------

第三者委員

宮本 重人	090-9586-9401
井口 孝子	090-8918-6189

苦情解決の手順

- ① 利用者への周知
- ② 苦情の受付
- ③ 苦情受付の報告・確認
- ④ 苦情解決に向けての話し合い
- ⑤ 苦情解決の記録、報告
- ⑥ 解決結果の公表

8 緊急時等の連絡先、および対応の手順

① 緊急時等の連絡先

サービスの提供中にご利用者の様態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせに従って、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターなどへ連絡いたします。

主治医

医療機関名	
電話番号	
主治医名	
備考	

ご家族様 緊急連絡先①

氏 名	
住 所	
電話番号	
携帯番号	

緊急連絡先②

氏 名	
住 所	
電話番号	
携帯番号	

9 事故発生時の連絡先及び対応の方法

(1) 事故発生時の連絡先

ご家族様

氏 名	緊急連絡先と同じ
電話番号	〃 〃
備 考	

市・区

福岡市早良区	保健福祉センター	福祉・介護保険課	092-833-4355 (直通)
福岡市城南区	保健福祉センター	福祉・介護保険課	092-833-4105 (直通)
福岡市中央区	保健福祉センター	福祉・介護保険課	092-718-1102 (直通)
福岡市西区	保健福祉センター	福祉・介護保険課	092-895-7066 (直通)
福岡市南区	保健福祉センター	福祉・介護保険課	092-559-5121 (直通)

(2) 事故発生時における対応の基本手順

第2野芥デイサービスセンターは、ご利用者に対し、自ら提供した通所介護により事故が発生した場合、以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

- ① ご利用者の安全確保
- ② 事故発生状況及び内容の確認
- ③ 管理者への報告
- ④ ご家族、居宅支援事業所、市区町村への連絡
- ⑤ 事故の解決に向けた対応の実施
- ⑥ 事故発生原因の解明、対策
- ⑦ ご利用者及び家族への事故解決経過・結果の報告
- ⑧ 施設長への最終報告

10 非常災害対策

- ① 防災対応 : 消防計画に基づき、速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
- ② 防災の設備 : 防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設けます。
- ③ 防災訓練 : 消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、職員および利用者が参加する消火通報、避難訓練を年間計画で実施します。

11 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価 の実施状況	無し	実施年月日	
		評価機関名称	
		結果の開示	

令和 年 月 日

介護予防型通所サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

事業者

所在地 〒814-0175
福岡市早良区田村5丁目10番10号
法人名 社会福祉法人 アイリス
事業所名 第2野芥デイサービスセンター 印
説明者 氏名 _____

私は、重要事項説明書に基づいて、介護予防通所介護のサービス内容および重要事項の説明を受け、その内容について同意いたします。

令和 年 月 日

ご利用者

住 所 _____
氏 名 _____

代理人

住 所 _____
氏 名 _____

立会人 （署名代行人）

住 所 _____
氏 名 _____