介護予防通所介護・通所介護 契約書兼重要事項説明書

〈令和6年10月1日現在〉

1 介護予防通所介護・通所介護事業者(法人)の概要

| | |
|---|---|
| 名称・法人種別 | ウェルフォレスト株式会社 |
| 代表者 | 代表取締役　森 慎吾 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒 819－1102<br>福岡県糸島市高田4丁目3番16号<br>(電話)　092－329－4681<br>(FAX)　092－329－4682 |

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

| | |
|---|---|
| 事業所名 | デイサービス ウェル飯塚 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒 820－0040<br>福岡県飯塚市吉原町11番21号<br>(電話)　0948-21-7100<br>(FAX)　0948-21-7101 |
| 事業所番号 | |
| 管理者の氏名 | 古賀 旭 |
| 利用定員 | 25名 |

(2) 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 人数<br>(人) | 区分 | | 常勤換算後の人数<br>(人) | 職務内容 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 常勤<br>(人) | 非常勤<br>(人) | | |
| 管理者 | 1 | 1 | | | |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 | |
| 介護職員 | 3 | 3 | | 3 | |
| 看護職員 | 2 | | 2 | | |
| 機能訓練指導員 | 2 | | 2 | | |
| 事務職員等 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

(3) 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---|---|---|
| 管理者 | 正規の勤務時間帯（08:30 ～ 17:30）<br>介護職員と兼務 | 4週8休 |
| 生活相談員 | 正規の勤務時間帯（08:30 ～ 17:30）<br>常勤1名が勤務 | 4週8休 |
| 介護職員 | 正規の勤務時間帯（08:30 ～ 17:30）<br>常勤3名勤務 | 4週8休 |
| 看護職員 | 正規の勤務時間帯（08:30 ～ 17:30）<br>非常勤2名が勤務<br>（機能訓練指導員と兼務） | 4週8休 |
| 機能訓練指導員 | 正規の勤務時間帯（08:30 ～ 17:30）<br>（看護師と兼務） | 4週8休 |
| | | |

(4) 事業の実施地域

| 事業の実施地域 | 飯塚市、嘉麻市、嘉穂郡 |
|---|---|

＊上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

(5) 営業日

| 営業日 | 営業時間 |
|---|---|
| 月火水木金 | 8:30～17:30 |

| 休業日 | 土日・12月31日～1月3日まで |
|---|---|

(6) 職員の職種、及び職務の内容

| 従業者の職種 | 職務内容 |
|---|---|
| 管理者 | 事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行い、他の従業者と協力して通所介護計画の作成等を行う。 |
| 生活相談員 | 利用者の生活の向上を図るため適切な相談、援助その他指定通所介護の提供を行う。 |
| 介護職員 | 介護その他の指定通所介護の提供に当たる。 |
| 看護職員 | 看護その他の指定通所介護の提供に当たる。 |
| 機能訓練指導員(現在弊事業所においては不在とする) | 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防防止するための訓練、指導、助言を行う。 |

3 (虐待の防止)

事業所は、利用者の人権の擁護及び虐待の発生又は再発を防止するため、虐待防止のための委員会の開催、指針の整備、研修の実施及び担当者の設置その他必要な措置を講ずる。

4 (第三者評価について)

第三者評価の実施なし

4 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

| 種類 | 内容 |
|---|---|
| 食　事 | (食事時間)<br>12:00～13:00<br>栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。<br>＊食事サービスの利用は任意です。 |
| 入　浴 | 入浴又は清拭を行います。<br>＊入浴サービスの利用は任意です。 |
| 排　泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。<br>〈当施設の保有するリハビリ器具〉<br>歩行器　1台<br>車椅子　2台 |
| 生活指導 | 利用者の生活面での指導・援助を行います。<br>各種レクリエーションを実施します。 |
| 健康チェック | 血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。 |
| 送迎 | ご自宅から施設までの送迎を行います。<br>＊送迎サービスの利用は任意です。 |

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用代金の1割、もしくは2割、又は3割が利用者負担額となります。

【デイサービスウェル飯塚料金表】

厚生労働大臣の定める基準によるもの（単位数）

○所要時間3時間以上4時間未満の場合

| 介護度 | 単位数 | 1割 | 2割 | 3割 |
|---|---|---|---|---|
| 要介護1 | 370単位 | | | |
| 要介護2 | 423単位 | | | |
| 要介護3 | 479単位 | | | |
| 要介護4 | 533単位 | | | |
| 要介護5 | 588単位 | | | |

○所要時間6時間以上7時間未満の場合

| 介護度 | 単位数 | 1割 | 2割 | 3割 |
|---|---|---|---|---|
| 要介護1 | 584位 | | | |
| 要介護2 | 689単位 | | | |
| 要介護3 | 796単位 | | | |
| 要介護4 | 901単位 | | | |
| 要介護5 | 1008単位 | | | |

○所要時間7時間以上8時間未満の場合

| 介護度 | 単位数 | 1割 | 2割 | 3割 |
|---|---|---|---|---|
| 要介護1 | 658単位 | | | |
| 要介護2 | 777単位 | | | |
| 要介護3 | 900単位 | | | |
| 要介護4 | 1023単位 | | | |
| 要介護5 | 1148単位 | | | |

【デイサービスウェル飯塚料金表】

1.厚生労働大臣の定める基準によるもの(単位数)

○所要時間3時間以上4時間未満の場合

| 介護度 | 単位数 | 1割 | 2割 | 3割 |
|---|---|---|---|---|
| 要介護1 | 370単位 | | | |
| 要介護2 | 423単位 | | | |
| 要介護3 | 479単位 | | | |
| 要介護4 | 533単位 | | | |
| 要介護5 | 588単位 | | | |

○所要時間6時間以上7時間未満の場合

| 介護度 | 単位数 | 1割 | 2割 | 3割 |
|---|---|---|---|---|
| 要介護1 | 584位 | | | |
| 要介護2 | 689単位 | | | |
| 要介護3 | 796単位 | | | |
| 要介護4 | 901単位 | | | |
| 要介護5 | 1008単位 | | | |

○所要時間7時間以上8時間未満の場合

| 介護度 | 単位数 | 1割 | 2割 | 3割 |
|---|---|---|---|---|
| 要介護1 | 658単位 | | | |
| 要介護2 | 777単位 | | | |
| 要介護3 | 900単位 | | | |
| 要介護4 | 1023単位 | | | |
| 要介護5 | 1148単位 | | | |

各種加算について

| 種類 | 単位 | 利用料 | 自己負担 |
|---|---|---|---|
| 介護職員<br>処遇改善加算１ | 利用料合計に1.9%を乗じた単位数 | 合計単位数×10.14円 | 利用料の1割 |
| 入浴介助加算 | ４０単位/1日 | ４０５円/1日 | ４１円/1日 |
| 同一建物減算 | 94単位/1日 | | |

(1) 介護職員処遇改善加算

厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施している場合に算定されます。

(2) 入浴介助加算

入浴介助加算は、お客様に対し、入浴介助のサービスを行った場合に加算されます。

(3) 同一建物減算

事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に通所介護サービスを行う場合に所定単位数から減算します。

2. 介護保険給付対象外サービス

○食材料費

食材サービスを受ける方は、材料費が必要となります。

| | |
|---|---|
| 食事材料費 | ４５０円 |

○おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

| | |
|---|---|
| おむつ代 | ２００円 |

○事業の実施地域外の送迎費

（４）の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要とな

| | |
|---|---|
| 事業所から片道１０ｋｍ以下のとき | 無料 |
| 事業所から片道１０ｋｍ超えるとき | ３００円 |

○その他の費用

介護予防通所介護・通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様負担となります。

イ　費用

介護保険の適用がある場合は、負担割合証に応じた負担額となります。

○　加算は下記の2種類です。これも終わりに添付した料金表を参照してください。

| 種類 | 単位 | 利用料 | 自己負担 |
|---|---|---|---|
| 介護職員　処遇改善加算１ | 利用料合計に1.9%を乗じた単位数 | 合計単位数×10.14円 | 利用料の1割 |
| 入浴介助加算 | ４０単位 | ４０５円 | ４１円 |

・料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用代金全額をお支払いください。
利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

（2）　介護保険給付対象外サービス

○食材料費

食材サービスを受ける方は、材料費が必要となります。

| | |
|---|---|
| 食事材料費 | ４５０円 |

○おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

| | |
|---|---|
| おむつ代 | ２００円 |

○事業の実施地域外の送迎費

（4）の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。

| | |
|---|---|
| 事業所から片道１０ｋｍ以下のとき | 無料 |
| 事業所から片道１０ｋｍ超えるとき | ３００円 |

○その他の費用

介護予防通所介護・通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様負担となります。

○キャンセル料

お客様の都合によりサービス中止する場合は、次のキャンセル料を頂きます。

ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

| | |
|---|---|
| 利用日の2日前に連絡があった場合 | 無料 |
| 利用日の前日に連絡があった場合 | 利用料自己負担部分の30% |
| 利用日の前日までに連絡が無かった場合 | 利用料自己負担部分の50% |

(3)利用料等のお支払い方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、20日までに下記口座に振り込み送金してお支払いください。

| |
|---|
| 西日本シティ銀行　雑餉隈支店　普通 |
| (口座番号　１８８５２５３) |
| 口座名義　　ウェルフォレスト株式会社　(ウェルフォレストカブシキガイシャ |

＊入金確認後、領収書を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

この事業の目的は、要介護状態となった場合において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出来るよう、さらに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その家族の身体的精神的負担の軽減を図るため日常生活上の世話及び機能訓練等の必要な援助を行います。

(2) 運営方針

事業の運営に当たっては利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービス提供に努めるとともに、地域の保険、医療、福祉サービスとの綿密な連携のもと、総合的なサービスの提供を進めていきます。

(3) その他

| 事項 | 内容 |
|---|---|
| 介護予防通所介護・通所介護　計画の作成及び事後評価 | 当事業所の管理が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。<br>また、サービス提供の目標達成状況等を評価しその結果を書面(サービス報告書)に記載してお客様に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修 | 年12回、月次定例の研修を行っています。 |

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

サービスに関する相談、苦情及び要望、虐待等については、下記の窓口にて対応致し、真摯に受け止め、誠意を持って問題の解決に努めます。対応内容は、これを記録及び保存しサービスの質の向上に繋げます。
※行政の苦情相談窓口は別紙に記載します

| | |
|---|---|
| 当事業所お客様相談窓口 | 苦情解決責任者:　古賀　旭<br>苦情受付責任者:　坂本　亜里<br>ご利用時間　9:00～17:00<br>ご利用方法　電話(0948－21－7100)<br>面接　(当事業所2階相談室)<br>苦情箱　(食堂に設置) |

※行政機関のサービス内容に関する苦情相談窓口は下記のとおりです。

| 行政機関名 | 電話番号 |
| --- | --- |
| 福岡県国民健康保険団体連合会 | 092-642-7859 |
| 福岡県運営適正化委員会事務所 | 092-915-3511 |
| 飯塚市役所介護保険課事業所係 | 0948-96-8509 |
| 嘉麻市役所高齢者介護課保険係 | 0948-42-7431 |
| 桂川町役場保健環境課医療介護保険係 | 0948-65-1097 |
| 福岡県介護保険広域連合田川・桂川支部 | 0948-65-1151 |

7　緊急時等のおける対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。

| | | |
|---|---|---|
| 主治医 | 病院名及び所在地 | |
| | 氏　　名 | |
| | 電　話　番　号 | |

| | | |
|---|---|---|
| 緊急連絡先（家族等） | 氏　　名 | |
| | 住　　所 | |
| | 電　話　番　号 | |

8　非常災害時の対策

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり年　　回避難訓練を行います。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | なし | 防火扉・シャッター | 3箇所 |
| | 避難階段 | あり | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知器 | あり | ガス漏れ報知器 | あり |
| | 誘導灯 | 2箇所 | | |
| 消防計画等 | 飯塚消防署への届出日　：　令和6年10月1日 | | | |
| | 防火管理者　：坂本　亜里 | | | |

9　サービス利用に当たっての留意事項

○ サービス利用の際には、介護保険被保険証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用表を提示してください。
○ 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
○ 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
○ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
○ 所持金は自己責任で管理してください。
○ 施設内で他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業所は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防通所介護・通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和6年12月10日

事業者　住所　福岡県糸島市高田4丁目3番16号

事業者(法人名)　ウェルフォレスト株式会社

施設名　デイサービスセンター　ウェル飯塚

(事業者番号)　4071804472

代表者名　取締役社長　森　慎吾　　印

説明者　職名　管理者

氏名　古賀　旭　　印

私はサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防通所介護・通所介護のサービス及び重要事項の説明を受けました。

令和6年10月1日

利用者　住所

印

氏名

代理人
(選任した場合)　住所

印

氏名　　続柄