様

重　要　事　項　説　明　書
利用同意書

医療法人財団　博愛会

デイサービスセンター草ヶ江

デイサービスセンター草ヶ江　　重要事項説明書

１．施設の概要

施設名	デイサービスセンター草ヶ江
開設年月日	平成１７年７月　　１日
所在地	福岡市中央区草香江２丁目１４番９－１０４
連絡先	電話　　０９２－７２５－１１１０
	FAX　　０９２－７２５－１１２０
管理者	宇都宮　美己
介護保険事業所番号	４０７１００１５２５

２．理念

挑戦・感謝・認め合う

３．事業の目的と基本方針

事業の目的

デイサービスセンター草ヶ江は、介護を要する方々が、住み慣れた地域で、生きがいを持って生活できるよう支援します。
また、地域の一員として、地域に愛される施設となるよう努めます。

基本方針

- 私たちは、ご利用者を敬愛し、真心のこもった介護サービスを提供します。
- 私たちは、ご利用者の意向を尊重した活動及び生活リハビリに取り組みます。
- 私たちは、地域の一員として、地域と共に歩みます。
- 私たちは、関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービス事業者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

４．事業の実施地域

福岡市中央区、城南区、早良区、南区（半径２・５キロ以内)を中心に、その他の地域については、ご相談させていただきます。

５．サービス提供時間

サービス提供時間	月～土曜日	（午前９：３０午後４:３０）
休　　日	日曜日	
	お盆	（８月１４、１５日）
	年末年始	（１２月３０日～１月３日）

６．事業所の職員体制

職　　種	人　　数
管理者	１名
生活相談員	１名以上
看護職員	１名以上
機能訓練指導員	１名以上
介護職員	８名以上
事務職員	１名以上
運転士	１名以上

７．利用定員

５０名

８．提供するサービス

①食事	食事は、炊き立てのご飯を提供します。温かいものは温かく、冷たいものは冷たい食事を提供します。 昼食時間･･･１２：１５～
②入浴	一般浴槽または、介護用シャワー入浴装置にて入浴できます。
③排泄	ご利用者の排泄介助を行います。おむつは、ご利用者負担です。事業所で準備しているおむつを使用された場合も実費負担となります。
④機能訓練	生活リハビリ、レクリエーション等を行います。
⑤送迎	ご自宅と事業所間の送迎をいたします。
⑥相談援助サービス	介護に関するご相談をお受けいたします。

９．利用料金

別紙の利用料金表の通りです。

10．利用料金、その他の費用の請求及び支払について

・毎月１０日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の２０日までにお支払いください。お支払いいただきました際に領収証を発行いたします。
・お支払方法は、原則として口座引き落としをお願いしております。
・ご利用日前日の午後５時以降のキャンセルにつきましては
６４０円（食事代）のキャンセル料が発生致します。

11. 利用の中止・変更・追加

・利用日予定の前にご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止または変更、もしくは、新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービス実施の前日までに事業所に申し出てください。
・サービス利用日の変更、追加の申し出に対して、事業所の稼動状況によりご契約者の希望する期間にサービス提供ができない場合、他の利用可能な日時をご利用者に提示して協議します。
・サービス利用日の変更、追加については、居宅介護支援事業者との協議が必要になります。

12. 相談窓口・苦情対応

提供した通所介護サービスに関する利用者からの苦情に、迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置し、別紙１「ご利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要」に基づいて措置いたします。

＜苦情・相談窓口＞
当事業所のご利用に際し、苦情・相談等がございましたら、下記担当者までお気軽にお申し付けください。

担当者　　（管理者）宇都宮　美己
電話　　０９２－７２５－１１１０
FAX　　０９２－７２５－１１２０

また、当事業所は、相談担当者として生活相談員もおりますので、お気軽にご相談ください。

（生活相談員）　宇都宮　美己
林　小百合

13. 秘密の保持と個人情報の保護

①秘密の保持
事業者及び従事者は、サービス提供をするうえで知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密を、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

②個人情報の保護
事業者は、ご利用者及びそのご家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、ご利用者の個人情報を用いません。また、事業者は、ご利用者及びその家族に関する個人情報が

含まれる記録物等についても、管理者の注意をもって管理し、第三者への秘密の保持に努めます。

14. 緊急時の連絡

サービス提供中に利用者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じた時は、速やかに下記の主治医又は医療機関及び家族等へ連絡を行うなど必要な処置を講じます。
※本約款第9条の緊急時の連絡先

緊急連絡先 （家族等）	① 氏名　（利用者との続柄） 電話番号	続柄（　　）
	② 氏名　（利用者との続柄） 電話番号	続柄（　　）
利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称 主な診療科目 所在地 電話番号	医療法人財団　博愛会 内科・整形外科・リウマチ科 福岡市中央区笹丘1-28-25 (092)741-2626(代表)

15. 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は、迅速に応急処置を行い、ご利用者の代理人、市区町村等関係機関に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。また、事業所は、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、別紙２のあいおい損害保険株式会社「社会福祉施設総合保険」により補償します。

16. 非常災害時の対策

非常災害に関する具体的な計画を立てると共に、非常災害に備えるために、定期的な避難、救出その他必要な訓練を実施いたします。
・防火設備　　消火器、消火栓、火災報知機
・防火訓練　　２回/年
・消防計画等消防署に消防計画提出　　防災管理者：宇都宮　美己

17. 記録の整備

・管理・ご利用者・会計経理に関する記録は、契約終了後５年間は適正に保管します。
・ご利用者のサービス提供に関わる記録の開示が求められた時は、医療法人財団博愛会の規定に従います。

18. 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

19. 禁止事項

当事業者では、ご利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動、ご利用者同士の金銭・物品・食べ物のやりとり、食品の持ち込み・持ち出し、写真撮影（他利用者の顔を含むもの）、敷地内での喫煙、危険物の持ち込みを禁止します。

20. 医療法人財団博愛会の概要

名称	医療法人財団　博愛会
代表者	理事長　　那須　繁
所在地	福岡市中央区笹丘１丁目２８番２５号
電話番号	０９２－７４１－２６２６

関連施設

・博愛会病院
・老健センターささおか（入所・通所リハビリ）
・博愛訪問看護ステーションささおか
・博愛居宅介護支援センターささおか
・博愛訪問リハビリステーションささおか
・ウェルネス天神ヘルスケア事業部
　ウェルネス天神クリニック（男性人間ドック）
　ウィメンズウェルネス天神　デュアル（女性人間ドック）
　生活習慣病センター　ハイジア
　乳がん診断センター　セレナーデ
　ウェルネス健診予約センター
　産業保険事業部

※当施設についての詳細は、パンフレットをご用意致しておりますのでご請求ください。

デイサービスセンター草ヶ江利用料金表

1. 介護保険適用料金

（1単位　10.45円）

①基本サービス利用料金（7時間～8時間未満の場合）

	給付単位	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
要支援1(月1回)	1,798 単位	1,879 円	3,758 円	5,637 円
要支援2(月1回)	3,621 単位	3,784 円	7,568 円	11,352 円
要介護1	607 単位	635 円	1,269 円	1,903 円
要介護2	716 単位	749 円	1,497 円	2,245 円
要介護3	830 単位	868 円	1,735 円	2,602 円
要介護4	946 単位	989 円	1,977 円	2,966 円
要介護5	1,059 単位	1,107 円	2,214 円	3,320 円

②加算サービス利用料金

【要支援1・2の方】	給付単位	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
サービス提供体制加算Ⅰ（月1回）要支援1	88 単位	92 円	184 円	276 円
サービス提供体制加算Ⅰ（月1回）要支援2	176 単位	184 円	368 円	552 円
科学的介護推進体制加算（月1回）	40 単位	42 円	84 円	126 円

【要介護1～5の方】	給付単位	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
個別機能訓練加算（Ⅰ）2	76 単位/日	80 円	159 円	239 円
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/日	42 円	84 円	126 円
サービス提供体制加算Ⅰ	22 単位/日	23 円	62 円	83 円
中重度ケア体制加算	45 単位/日	47 円	94 円	141 円
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	42 円	84 円	126 円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位/月	23 円	46 円	69 円

③介護職員処遇改善加算Ⅰ（月1回全てのご利用者）

1月の所定単位数（①＋②）の9.2%を算定（うち1割、2割、3割のいずれか自己負担）

2. 介護保険適用外自己負担料金

食費	640円/1日
日用生活品費	100円/1日
おむつ・パット代	実費(基本持参ください、必要時売り出し致します。)
レクリエーション費	実費(個人材料代等)
処置に伴う材料費	実費(ガーゼ・絆創膏等・必要な方は持参ください)

令和7年1月　改定

別紙１

利用者の苦情を処置するために講ずる措置の概要

事業者又は事業所名	デイサービスセンター草ヶ江
提供するサービス種類	通所介護・介護予防型通所サービス・生活支援型通所サービス

措置の概要

１．ご利用者、ご家族からの相談又は苦情に対する常設の窓口（連絡先）担当者の設置

・相談･苦情に対応する常設の窓口として、担当者を置いている。また、担当者が不在の時は基本的な事項は生活相談員･職員が対応できるようにすると共に、担当者に引き継いでいる。

（担当者）医療法人財団　博愛会　　デイサービスセンター草ヶ江
電　　話：０９２－７２５－１１１０
Fax　：０９２－７２５－１１２０
責 任 者：宇都宮　美己
対応時間：８：３０～１７：３０

・上記相談･苦情窓口及び処理体制について、事業所に掲げると共に、サービス利用開始の際に約款及び重要事項説明書をご利用者、ご家族に説明し周知を図っている。

２．円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制･手順

・苦情があった場合は、ただちに担当者又は生活相談員が相手方に連絡をとり、直接訪問するなどして詳しい事情を聞くと共に、職員からも事情を確認する。
・担当者等は、苦情内容、事実確認状況を把握し､サービスの内容等に対する苦情や相談に対しては、生活相談員が改善に努め、必要に応じ介護職員等への指導を行う。
・管理者が必要があると判断した場合は、検討会議をし、原因と対応策の協議を行う。
・検討の結果、３日以内には具体的な対応を行う。
苦情の内容によっては、関係機関(居宅介護支援事業者、福岡市の各区役所の介護保険相談窓口･国民健康保険団体連合会等)に報告を行う。
・処理結果等については、必ず職員全員に対し朝礼等で報告すると共に、職員全体会議、文書回覧等により具体的な内容の周知を図り再発防止を促す。
・苦情処理記録を台帳　（パソコンのデータベース）に保管し、研修会の際に活用する等再発防止に役立てる。

３．その他の参考事項

・普段から苦情が出ないようなサービス提供に心がける。（毎日の朝礼や職員会議を対象とした接遇教育の実施、介護技術レベルアップのための勉強会･研修会の実施等）
・万が一の損害賠償等については、あいおい損害保険株式会社｢社会福祉施設総合保険｣に加入し､誠意をもった対応を行う。

４．他の苦情受付機関

・福岡県国民健康保険団体連合会　　介護保険課
電　　話：０９２－６４２－７８５９　Fax　０９２－６４２－７８５７
受付時間：８：３０～１７：００（土､日、祝を除く）
・福岡市各区の福祉・介護保険課
・中央区：０９２－７１８－１１４５　　・南区　：０９２－５５９－５１２１
・城南区：０９２－８３３－４１０２　　・早良区：０９２－８３３－４３５２

別紙2

賠償事故補償制度について

本制度は、通所介護サービスを行うことに起因して、法律上の損害賠償責任を負った場合に適用されるものです。

【対象となる事故は・・・】

＊デイサービスセンター草ヶ江が行う通所介護サービスに起因する事故です。
（１）事業所または従事者の法律上の賠償責任があること。
（２）従事者の範囲・・看護師、介護職員、生活相談員、事務員、ボランティア等。

＊事故の場所は、施設の内外を問いません。
（１）施設や各種設備の不備、欠陥及び施設の提供するサービスに起因して、ご利用者の身体に障害を与えたり、財物に損害を与えた場合。
（２）施設の管理上や上記サービスに際し、利用者等に対して名誉毀損やプライバシーの侵害を行うことにより人格権を侵害した場合。
（３）施設に置いて提供された、通所介護によりご利用者の身体に障害を与えた場合。

【お支払いする保険金・・】

＊損害賠償金　⇒　治療費・慰謝料・免失利益・修理費用等。

【補償額について・・】

	身体賠償	財物賠償	人格権侵害
補償額	１名につき １億円限度 １事故につき １０億円限度	１事故につき １千万円限度 （管理財物含む。ただし現金･貴重品等は２０万円を限度）	１名１事故･期間中 １千万円限度

利用同意書・個人情報同意書

（１）利用約款及び重要事項説明書、別紙1、別紙2、利用料金表を受領し、これらの内容に関して十分に理解した上でデイサービスセンター草ヶ江を利用することを同意します。また、サービスを利用した場合に、これらの対価として、事業所の定める料金を支払うことに同意します。

（２）利用者が自ら意思表示が困難な状況である場合、又は、利用者が自らの意思表示を行うことがこんな状況が想定される場合は、代理人として利用者に代わって判断を行うことに同意します。

（３）ご家族様が不在の場合、送迎の前後に起きた出来事に関して、事業所が責任を負いかねることに対し同意します。

（４）関連機関や関係者などと情報の共有化を図り、質の高い通所介護サービスを提供するため、利用者に関する最小限の情報提供及び情報収集を事業者が行うことについて同意します。

令和　　年　　月　　日

事業者

福岡市中央区草香江2丁目14番9-104

デイサービスセンター草ヶ江　殿

利用者

住所

氏名

家族

住所

氏名　　（続柄　　）

1、本約款第5条の請求・明細書及び領収書の送付先（配布）先

氏名	
住所	
電話番号	