

(別表)

## デイサービス料金表

●通所介護利用料（通常規模通所介護 6～7時間の標準的な介護報酬告示上の額）

基本料金（利用毎1日単位）

	利用料金 単位×10.45円		介護保険適用時 自己負担額（10%）
要介護1	584 単位	6,103 円	610円
要介護2	689 単位	7,200 円	720円
要介護3	796 単位	8,318 円	832円
要介護4	901 単位	9,415 円	942円
要介護5	1,008 単位	10,534 円	1,053円

各種加算

自己負担額

入浴介助加算	40 単位	418円	42円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56 単位	585円	59円
サービス提供体制加算（Ⅱ）	18 単位	188円	19円
事業所が送迎を行わない場合の減算	片道ー47 単位	ー491円	ー49円
同一建物内（ケアハウスからの） 利用者の送迎減算	ー94単位 単位	ー982円	ー98円

その他の加算（1ヶ月単位）

個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位	209円	21円
科学的介護推進体制加算	40 単位	418円	42円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月の総サービス単位数×0.090単位		

●介護予防型通所サービス利用料

基本料金（1ヶ月単位）

(×10.45)

自己負担額

要支援1	1,798 単位	18,789 円	1,879円
要支援2	3,621 単位	37,839 円	3,784円

各種加算（1ヶ月単位）

運動器機能向上加算	225 単位	2,351円	235円
サービス提供体制加算Ⅱ1（支1）	72 単位	752円	75円
サービス提供体制加算Ⅱ2（支2）	144 単位	1,504円	150円
同一建物内利用者の送迎減算（支1）	ー376 単位	ー3,929円	ー393円
同一建物内利用者の送迎減算（支2）	ー752 単位	ー7,858円	ー786円

その他の加算

科学的介護推進体制加算	40 単位	418円	42円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月の総サービス単位数×0.090単位		

\*それぞれの加算は、通所介護及び介護予防通所介護計画において利用の計画がなされ、利用実績が生じた場合に加算させていただきます。

\*通所介護費に各サービスを加算したものが1日の利用単位数となります。

これに1ヶ月の利用日数を乗じます。

\*介護予防通所介護費に各サービスを加算したものが1ヶ月の利用単位数になります。

\*1ヶ月の総単位数に10.45円を乗じると1ヶ月の料金が計算されます。(1円以下切り捨て)  
負担割合証が1割の方はこの料金の90%が介護保険より給付され、残りの10%がご利用者の自己負担となります。

\*ケアハウスフレンドピーチよりご利用の場合、同一建物に対する減算の対象となります。

●その他の利用負担

食費 (1食)	昼食500円
活動費 (レク材料費)	300円 (1ヶ月につき上限)
行事費	実費
パット (1枚)	50円
おむつ・リハビリパンツ代 (1枚)	100円
複写物	コピー1枚につき10円

\*実費費用につきましては、ご利用前に予め金額をお知らせし承諾をいただきます。

●キャンセル規程

ご利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の前日の午後6時までにご連絡頂いた場合	無料
②ご利用日の前日の午後6時以降にご連絡頂いた場合	食材料費相当 500円

●通常の事業の実施地域を越えて行う場合の送迎費用

(片道1回につき 10~20km : 500円)

※介護保険適用の場合でも保険料が滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦1ヶ月あたりの利用料金をいただき、サービス提供の証明書を発行いたします。

後日ご利用者が保険者(福岡市等)へ請求することによって差額の払い戻しを受けることができます。(償還払い)

## 【デイサービスセンター フレンドピーチ 契約書別紙：重要事項説明書】

### 1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 百友会
- (2) 法人所在地 福岡県福岡市東区松崎 4 丁目 17-1
- (3) 電話番号 092-662-8888
- (4) 代表者氏名 理事長 中村 吉孝
- (5) 設立年月日 平成 13 年 10 月 31 日

### 2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成 14 年 10 月 1 日指定  
(介護予防通所介護 平成 18 年 4 月 1 日より)  
※当事業所はケアハウスフレンドピーチに併設されています。
- (2) 事業所の目的 通所介護計画及び介護予防型通所サービス計画に沿って、介護及び介護予防が必要な方へ入浴・食事・機能訓練、その他必要な介護及び介護予防サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター フレンドピーチ
- (4) 事業所の所在地 福岡県福岡市東区松崎 4 丁目 17-1
- (5) 電話番号 092-662-8888
- (6) 事業所長(管理者) 日下部 陽子
- (7) 当事業所の運営方針 住み慣れた地域において、安心して在宅生活が続けられるよう、ご利用者の多様化するニーズに的確に応えるため、福祉・医療・保健、その他関連する業務に従事する者と積極的な連帯強化を図り、ご利用者一人ひとりの心豊かな暮らしを支える専門職として、最善のサービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月 平成 14 年 10 月 1 日
- (9) 利用定員 25 人

### 3 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 福岡市東区
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日 ~ 土曜日
受付時間	月~土 午前 8 時 30 分~午後 5 時 30 分 日曜日休み
サービス提供時間	月~土 午前 9 時 30 分~午後 4 時 00 分 日曜日休み

### 4 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して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。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

利用定員 25 人に対し管理者 1 名、及びサービス提供時間において介護職員 3 名以上、生活相談員・看護職員・機能訓練指導員を各 1 名配置しています。

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間：午前 8 時 30 分~午後 5 時 30 分
2. 看護職員	勤務時間：午前 9 時 00 分~午後 4 時 30 分
3. 機能訓練指導員	勤務時間：午前 8 時 30 分~午後 5 時 30 分

## 5 健康上の理由による中止

- (1) 風邪、病気、感染症の場合は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応いたします。
- (3) ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。また、必要に応じて速やかに主治の医師に連絡を取る等必要な措置を講じます、

\* サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

## 6 キャンセル規定

ご利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の前日の午後6時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前日の午後6時以降にご連絡いただいた場合	食材料費 500円 夕 550円

## 7 サービス提供記録の開示

当事業所は、利用者様よりサービス提供記録の開示を求められた場合、その請求に応じサービス提供記録を開示いたします。

## 8 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、現に通所介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、利用者およ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において、利用者の個人情報はいりません。

## 9 秘密保持

事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

## 10 感染症対策委員会の設置

感染症（食中毒を含む）の発生や発生時の感染拡大を防止するために、感染症対策委員会を設置し、教育・マニュアルの作成・研修・衛生管理について学び、感染症の予防と感染症発生時の対応に努めて参ります。

## 11 虐待の防止

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 前3号に掲げる処置を適切に実施するための担当者を置く。

事業所は、サービス提供中に、当該事業所職員又は介護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに、市に通報するものとする。

12 相談・要望・苦情等の窓口（契約書第13条参照）

(1) 通所介護及び介護予防型通所サービスに関する相談・要望・苦情等は下記窓口までお申し出下さい。

○ サービス相談窓口（担当者） 電話番号：092-662-8888

【職名】 苦情相談受付窓口 村中 一秀  
苦情解決責任者 日下部 陽子

○ 受付時間 毎週月曜日～土曜日  
午前9時00分～午後5時00分

また、苦情受付ボックスを設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付期間

東区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所在地：福岡市東区箱崎2-54-1 電話番号：092-645-1069
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：092-642-7800 FAX：092-642-7854 受付時間：9:00～17:00
福岡県社会福祉協議会 福岡県福祉サービス相談センター	所在地：福岡県春日市春町3-1-7 電話番号：092-915-3511 FAX：092-915-3512 受付時間：9:00～17:00

13 第三者評価実績に関して 実施の有無： なし

事業者	
<事業所名>	デイサービスセンター フレンドピーチ (指定番号：福岡県 4070801081)
<住所>	福岡市東区松崎4丁目17-1
<代表者名>	社会福祉法人 百友会 理事長 中村 吉孝 印
上記内容の説明を受け、了承しました。	
令和 年 月 日	<利用者氏名>.....印
	.....(<代理人氏名>).....印

# 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

## 記

### 1 使用する目的

- ① 利用者の福祉増進を目的とし、その他の福祉サービス機関及び主治医等医療機関との協力において必要と判断される場合。
- ② 行政上又は法に定められた事務手続きにおいて、契約、サービス内容、実績等の問い合わせ又は報告義務がある場合。

### 2 情報を提供する者の範囲

情報提供先 利用者を担当する居宅介護支援事業所。利用者よりあらかじめ指定のあった医師。利用者の住居を管轄する保険・福祉担当課（福岡市など）。国民健康保険団体連合会。

提供内容 住所、氏名、生年月日、サービス契約内容、サービス提供・実施内容。利用者又はそのご家族よりあらかじめ管理・提供依頼のある身体・生活状況。

### 3 使用する期間

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

但し、同意内容に変更のない場合は、サービス利用契約期間に応じて自動的に更新するものとします。

令和 年 月 日

(事業者) デイサービスセンター フレンドピーチ

(利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(家 族) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)