

指定通所介護事業所
介護予防通所介護事業所

デイホーム福祉の里 重要事項説明書

重要事項説明書

通所介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	有限会社福祉の里
主たる事務所の所在地	富山市下新町 16 番 11 号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 牧 妙子
設 立 年 月 日	平成 14 年 8 月 1 日
電 話 番 号	076-439-1551

2. 事業所の概要

種 類	通所介護・介護予防通所介護（デイサービス）		
事 業 所 の 名 称	デイホーム福祉の里		
事 業 所 の 所 在 地	富山市下新町 16 番 11 号		
電 話 番 号	0 7 6－4 3 9－1 5 5 1		
F A X 番 号	0 7 6－4 3 9－1 5 5 5		
管 理 者	戸田 英昭		
指定年月日・事業所番号	令和 15 年 2 月 28 日指定	富山県 1670102142 号	
開 設 年 月 日	平成 15 年 3 月 1 日		
目 的	介護保険法に従い、ご利用者の個性と能力を尊重し、自立した生活を営むことができるよう援助する。		
利 用 定 員	2 0 名（介護予防含む）		
施設の概要	敷地面積 768 m ² 建物の構造 木造平屋建て 延べ床面積 199.96 m ²		
通常の事業の実施地域	富山市		
第三者評価の実施の有無	実施なし		
実施した評価機関の名称	—	実施した直近の年月日	—

3. 運営の方針

ご利用者の人権や生活歴等を尊重し、ご利用者が必要とする公明で公正な質の高いサービス提供に努める。また「少子高齢社会を地域と共に生きる」をキャッチフレーズとし、地域に開かれた事業所づくりを促進する。

4. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日まで）及び お盆（8月13日から8月15日まで）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時15分まで ※サービス提供時間は個別に相談させていただきます。

5. 事業所の従業者の体制

当事業所では、介護サービス（介護予防サービス）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。 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種（業務内容）	配置数	配置基準
管理者（業務管理・指導総括）	1人兼務	1人
生活相談員（相談援助・介護サービス）	2人	2人
看護職員（健康管理・介護サービス補助）	1人以上	1人
機能訓練指導員（機能訓練）	1人以上（看護職員兼務）	1人
介護職員（介護サービス、レクリエーション）	2人以上	2人

6. 提供するサービスの内容

（1）利用料金が介護保険から給付されるもの

〔共通サービス〕

①送迎サービス

- ・ご利用者様の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。また必要に応じて送迎車両への移動や、乗車・降車の介助を行います。

②食事の提供

- ・食事形態のご希望や嗜好等について個別の対応を致します。
- ・状況に応じて必要な水分等の補給を随時行います。
- ・食事前の嚥下体操・口腔体操や食後の口腔ケアを行います
- ・準備、後始末に係る介助を行います。
- ・食事摂取に係る介助を行います

③日常生活上の援助

- ・日常生活動作能力に応じて、必要な介助をします。

●排泄の介助

●移動の介助

●養護（休養）の判断

●その他必要な身体介護

④健康状態の確認と観察等

- ・バイタル測定後心身の状況観察、問診、見守り等を行い安全にお過ごしいただけるような援助を行います。
- ・内服薬管理、軟膏類の塗布、目薬の点眼介助を個別に行います。

⑤レクリエーション・余暇活動

- ・心身ともに安全で健康な在宅生活が送れるように支援を行います。個々の状況にあわせた屋内・屋外活動、サークル活動や脳トレなどを複数準備し選択しながら参加いただきます。

〔個別サービス〕

個別サービスについては居宅サービス計画に沿い、事業所とご利用者様で相談のうえ通所介護計画に定めます。状況に合わせ見直しや変更を行います。

①入浴サービス

- ・ご利用者の健康チェックのあと、安全の確認を行い入浴していただきます。
- ・ご入浴にかかわる移動に対して安全のための介助を行います。
 - 身体の清拭、洗髪、洗身の介助
 - 爪切り、耳そうじ
 - 衣類着脱の介助
 - ひげそり
 - 水分補給
 - その他必要な介助

②個別機能訓練

機能訓練指導員により、ご利用者様の心身等の状況に応じて、個別機能訓練計画を作成し、複数種類の項目を準備し、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練をご利用者やご家族の同意のもと計画的に実施します。

③口腔機能向上サービス

- ・看護職員等により、ご利用者様の口腔機能の状態に応じた通所介護計画を作成します。摂食状態の改善・維持のため、口腔等を健康で清潔にし、嚥下機能の維持向上等を図るための支援を行います。

(2) その他の費用利用（料金が介護保険から給付されないもの）

食費、飲み物を提供するための費用	1回あたりのご利用様負担額：800円 ご利用者に提供する食事と飲み物の材料費、調理費、人件費や光熱費等にかかる費用です。 ※料金は社会状況により変更させていただく場合があります。
おむつ代 (紙パンツ、パッド等)	実費負担となります。
余暇活動	ご利用者の希望により余暇活動等に参加していただくことができます。その場合材料費代等の実費をいただくことがあります。事前にご説明しご了解を頂きます。
日常生活上必要となる諸費用	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

7. 利用料金

- (1) 厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定サービス（当該指定介護予防サービス）が法定代理受領サービスであるときは、その所定の額となります。サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりです。
- ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。
- (2) 介護保険以外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。
- ※介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、事前にご利用者の同意をいただきます。
- (3) 利用料金のお支払い方法
- 1ヶ月ごとに計算し請求いたします。お支払いは、翌月の27日にご指定の金融口座から自動引き落としさせていただきます。
- ※引き落とし日が土、日、祝祭日の場合は金融機関の翌営業日となります。
- (4) 利用の中止、変更、追加
- ご利用者の都合でサービスを中止、変更、追加される場合には、サービス利用の前日迄にご連絡下さい。なお当日の利用中止については、キャンセル料として当日利用料の10%をお支払い頂きます。
- ※ご利用者の体調の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は除きます。

○【通所介護費】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2時間以上3時間未満	4時間以上5時間未満の単位数×70/100				
3時間以上4時間未満	370 単位	423 単位	479 単位	533 単位	588 単位
4時間以上5時間未満	388 単位	444 単位	502 単位	560 単位	617 単位
5時間以上6時間未満	570 単位	673 単位	777 単位	880 単位	984 単位
6時間以上7時間未満	584 単位	689 単位	796 単位	901 単位	1,008 単位
7時間以上8時間未満	658 単位	777 単位	900 単位	1,023 単位	1,148 単位
8時間以上9時間未満	669 単位	791 単位	915 単位	1,041 単位	1,168 単位

○【介護予防通所介護費】

通所型サービス費（独自） 要支援1（週1回程度）	1,798 単位（1月につき）
通所型サービス費（独自） 要支援2（週2回程度）	3,621 単位（1月につき）

※ 料金設定の基本時間は、居宅サービス計画に定められた時間を基準とします。

注：介護予防通所介護の利用者一部負担額は、基本的に月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始、月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- ① 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- ② 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- ③ 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- ④ 転居等により保険者が変更した場合

※月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

※介護保険からの給付額に変更があった場合には、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額も変更になります。

【加算・減算】

要件を満たす場合、加算又は減算されます。

加算・減算	要 件	単位数
入浴介助加算（Ⅰ）	・入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること ・入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと	1 日につき 40 単位
入浴介助加算（Ⅱ）	・医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下「医師等」という。）が、利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること - この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合には、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと - ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価・助言を行っても差し支えないものとする ・当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、医師等と連携の下で、利用者の身体の状態、訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること - ただし、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画に記載することをもって個別の入浴計画の作成に代えることができる ・上記の入浴計画に基づき、個浴（個別の入浴をいう。）又は利用者の居宅の状況に近い環境（利用者の居宅の浴室の手すりの位置や使用する浴槽の深さ及び高さ等に合わせて、当該事業所の浴室に福祉用具等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況を再現しているものをいう。）で、入浴介助を行うこと	1 日につき 55 単位

口腔機能向上加算（Ⅰ） （要介護：月2回まで） （要支援・総合事業対象者：月1回まで）	口腔機能が低下している又はその恐れのある利用者に対し、サービス担当者が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、計画に基づく適切な口腔機能向上サービスの提供、定期的な評価、計画の見直し等の一連のプロセスを行うこと	1回につき 150単位
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定。訓練項目は複数種類準備し、その選択にあたっては利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助する。訓練の提供は、5名程度以下の小集団または個別で行うこと	1日につき 56単位
介護職員処遇改善加算Ⅱ	賃金改善の実施に加え、以下の1から8までに掲げる要件のうち7以外を満たすもの 1. 月額賃金改善要件Ⅰ（月給による賃金改善） 2. 月額賃金改善要件Ⅱ（旧ベースアップ等加算相当の賃金改善） 3. キャリアパス要件Ⅰ（任用要件・賃金体系の整備等） 4. キャリアパス要件Ⅱ（研修の実施等） 5. キャリアパス要件Ⅲ（昇給の仕組みの整備等） 6. キャリアパス要件Ⅳ（改善後の年額賃金要件） 7. キャリアパス要件Ⅴ（介護福祉士等の配置要件） 8. 職場環境等要件	各種加算減算の合計の 9.0%
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、LIFEを用いて少なくとも「3月に1回」、厚生労働省に提出していること 必要に応じて通所介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報、その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること	40単位 ／月
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	片道につき －47単位
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合	所定単位数 の－1%
業務継続計画未策定減算 ※ 業務継続計画未策定減算については、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、令和7年3月31日までの間適用しない	感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合	所定単位数 の－1%

（注1）上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が7級地のため、単位数に10.21を乗じた額）であり、これが改定された場合は、

これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、新しい基本利用料等をお知らせします。

8. サービスの利用方法

- (1) サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅サービス計画書（介護予防サービス計画）に基づき通所介護計画書（通所介護予防計画書）を作成し、サービスの提供を開始致します。

ご利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

- (2) 介護サービス（介護予防サービス）の提供にあたっては、適切なサービスを提供するために、ご利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービスまたは福祉サービス利用状況等を確認させていただきます。

9. サービスの利用に関する留意事項

- (1) サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご利用者の体調不良やご都合等の理由で、予定されていたサービスの実施ができない場合には、必要に応じてサービス日時の変更を行い、サービスを提供致します。

- (2) 職員の禁止行為

職員は、ご利用者に対するサービスの提供にあたって、次に該当する行為は禁止されておりますので、ご協力をお願い致します。

- ①ご利用者もしくはその家族からの金品等の授受
- ②ご利用者もしくはその家族に対しての宗教活動、政治活動、営利活動
- ③その他、ご利用者もしくはその家族に対しての迷惑行為

10. 事故等発生時および非常災害時の対応について

- (1) サービス提供により事故が起きた場合は、ご利用者の主治医または事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また速やかにご家族等の緊急連絡先に連絡致します。その他、個別の状況により安全安心を最優先に対応させていただきます。

- (2) 災害発生時には「防災計画」により対応します。

なお、この防災計画及び防火管理者は、管轄の消防署に届出してあります。

また、消防署の指導の下、災害の発生を想定した対応・避難・通報・消火の総合的訓練を毎年、定期的実施しています。

- (3) その他、天災等でやむを得ない状況が発生した場合は、サービス提供を中止または中断させていただきます。また、状況把握を行いご利用者様の緊急連絡先へご連絡のうえ、送迎等にご協力いただく場合があります。

※別紙対応表参照

11. 秘密保持について

業務上知り得たご利用者様等に関する個人情報等は、正当な理由なく第三者に漏洩致しません。在職中はもとより退職後においても同様とします。

12. 損害賠償について

ご利用者様に対して当事業所の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、速やかに損害賠償致します。

当事業所は賠償責任保険に加入しています。

13. 苦情等の受付について

(1) 事業所の窓口

事業所相談窓口	当事業所に対する苦情やお問い合わせは次の専用窓口で受付けます。	
	苦情受付担当者	管理者：戸田 英昭
	苦情解決責任者	代表：牧 妙子
	受付日	月曜日～金曜日
	電話番号	076-439-1551
	受付時間	午前9時～午後5時

(2) その他苦情申立の窓口

富山市福祉保健部 介護保険課	所在地	〒930-8510 富山市新桜町7番38号
	受付日	月曜日～金曜日
	電話番号	076-443-2043
	受付時間	午前8時30分～午後5時15分
国民健康保険団体連合会	所在地	〒930-0871 富山市下野宇野豆田995-3
	受付日	月曜日～金曜日
	電話番号	076-431-9833
	受付時間	午前9時～午後5時
富山県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地	〒930-0094 富山市安住町5-21 富山県社会福祉協議会内
	受付日	月曜日～金曜日
	電話番号	076-432-3280
	受付時間	午前9時～午後4時

※別紙対応表参照

14. 職場におけるハラスメントの防止

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

15. 送迎に関するお知らせ

安全で、円滑な送迎を提供させていただくに当たり、ご利用者様・ご家族の皆様にご理解・ご協力をいただきますようお願い致します。

(1) 原則として玄関の中までのお迎え・お送りをいたします。

身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人・ご家族と話し合いし、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。

送迎時にご自宅内で行いました介助等(電気製品等のON・OFF、着替え・整容、持ち物の準備、自室のベット等と車椅子間の移乗、窓の施錠・開錠等)を実施した場合は1日30分以内で通所介護の利用時間に含めます。事前に相談のうえ、通所介護計画書でご案内いたします。

(2) 事前に打ち合わせした時間にお迎え・お送りいたします。他のご利用者様にもご迷

惑をお掛けしますので、お迎えの際はあらかじめ時間までに当日の準備をしてお待ちくださるようお願い致します。

ただし、交通、天候等の諸事情や、当日の他のご利用者様の事情等により、多少時間が前後することがございますので、ご了承をお願い致します。

(3) ご都合によりご家族等が送迎の場合、減算されます。

(4) その他、送迎時におけるご要望等がございましたらご相談下さい。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説 明 者	住 所	富山市下新町16番11号
	事業者	有限会社福祉の里
		(事業所:デイホーム福祉の里)

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービス（指定介護予防通所介護サービス）の提供開始に同意しました。

利 用 者 住 所

氏 名

〔代理人同意の場合〕

住 所

氏 名

本人との続柄