

通所介護サービス重要事項説明書

社会福祉法人 若州福祉会

[指定通所介護事業所]

デイサービスセンター もみじの里

重要事項説明書（通所介護サービス）

あなたに対する通所介護サービス提供にあたり、介護保険法及び福井県条例等に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

令和7年7月1日現在

1. 事業者の概要

(1) 事業者の名称	社会福祉法人 若州福社会
(2) 事業者の所在地	福井県小浜市東勢11号3番
(3) 代表者の氏名	理事長 吉田保裕
(4) 電話番号	0770-52-0084 (代)
(5) 設立年月日	平成14年12月

2. ご利用事業所の概要

(1) 事業所の種別	指定通所介護事業所 令和5年9月30日指定(福井県指令長第1104号)
(2) 事業所の名称	デイサービスセンター もみじの里
(3) 事業所の所在地	福井県小浜市東勢11号3番
(4) 管理者の氏名	管理者 福井拓哉
(5) 電話番号	0770-52-0084 (代)
(6) FAX番号	0770-52-4074
(7) 開設年月	平成17年10月
(8) 利用定員	25名
(9) 利用(所要)時間	7時間以上8時間未満
(10) 事業の実施地域	通常は、小浜市全域とする。
(11) 営業日及びサービス提供時間	8月15日～16日及び12月31日～1月2日を休日とし、それ以外を営業日とする。 サービス提供時間9:00～16:30 (19:00までの延長サービスも実施する。)

3. 事業者の目的と運営の方針

(1) 事業者の目的	介護保険法の理念を尊重し、要介護状態等となった場合においても、その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て自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものである通所介護であることを目的とする。
(2) 運営の方針	利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。

4. 事業所の設備

(1) 建物	敷地面積	5,093.00 m ² (老人福祉施設もみじの里としての面積)
	建物の構造	鉄筋コンクリート造 3階建(併設)
	延床面積	5,385.60 m ² (内通所介護は 347.09 m ²)
(2) 食堂及び機能訓練室		123.82 m ²
(3) 主な設備	食堂及び機能訓練室	ベッド3台、肋木、平行棒、ボードトレーナー、マルチスタンド テレビ、自動販売機、超音波足浴
	トイレ	男子トイレ、女子トイレ、身体障害者用トイレ
	一般浴室	1室
	特殊浴槽	2台(特別養護老人ホームに設置)
	静養室	1室
相談室	1室	

	地域交流ホール	175㎡、カラオケ、プロジェクター、音響、照明設備(併設)
--	---------	-------------------------------

5. 主な職員の配置状況 ※職員の配置については、指定基準を満たしています。

職 種	配 置 人 員	指定基準人員
(1) 管 理 者	1名(兼務)	1名(兼務)
(2) 生 活 相 談 員	2名以上	2名
(3) 看 護 職 員	2名以上(兼務)	2名(兼務)
(4) 介 護 職 員	5名以上	3名
(5) 管 理 栄 養 士	1名以上	1名(兼務)
(6) 機 能 訓 練 指 導 員	2名以上(兼務)	2名(兼務)

6. 主な職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
(1) 生 活 相 談 員	早 出： 8：00～16：45 日 勤： 8：30～17：15
(2) 看 護 職 員	
(3) 介 護 職 員	
(4) 機 能 訓 練 指 導 員	
(5) 管 理 栄 養 士	日 勤： 9：00～17：45

7. 介護保険給付対象介護サービスの概要と利用料

※ 自己負担額に記載した金額は、1割に相当する金額で、残りの9割は介護保険から直接事業者を支払われます。ただし、65歳以上の被保険者の方のうち合計所得金額160万円以上220万円未満の単身の方は、負担割合は2割になります。同じく65歳以上の方で、合計所得金額が220万円以上の方は3割負担となります。そのうち、合計所得金額が220万円以上であっても、世帯の65歳以上の方の年金収入とその他の合計所得金額の合計が単身で340万円、2人以上の世帯で463万円未満の場合は2割負担又は1割負担になります。

サービスの種類	内 容	自己負担額
(1) 通所介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> 利用者及びご家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう事業者内のサービスの調整、他機関との連携を行います。 看護職員により、健康チェックを行い、利用者の健康状態を的確に把握するとともに適切なサービスを提供いたします。 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態を考慮した食事を提供します。 	【サービス費】 1日当たり 要介護1：658円 要介護2：777円 要介護3：900円 要介護4：1,023円 要介護5：1,148円
(2) サービス提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 介護が困難な利用者に対する質の高いケアを実施します。 勤続年数10年以上で、介護福祉士の資格を持った介護職員を、全体の介護職員の25%以上配置します。 	サービス提供体制強化加算(I) 1日当たり 22円
(3) 入浴介助加算	<ul style="list-style-type: none"> ゆったりと入浴を行っていただきます。介護職員が介助いたします。冬場には、床暖房となります。 寝たきりの方等は特殊浴槽を使用していただけます。 	1日当たり 40円
(4) 中重度者ケア体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 従前より在宅重度者の積極的な受け入れ体制を構築して参りました。 介護職員を規定の2名以上確保しています。 要介護度3以上の方が全利用者の30%以上おられます。 専任の看護職員を1名以上配置しています。 	1日当たり 45円

(5) 認知症加算	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の「認知症の症状の進行の緩和」や「重度の要介護者であっても、社会性の維持を図り在宅生活の継続」に資するケアを計画的に実施いたします。 介護職員を規定の2名以上確保しています。 認知症の方が全利用者の20%以上おられます。 認知症介護実践者研修修了者を1名以上配置しています。 	1日当たり 60円
(6) 時間延長体制	<ul style="list-style-type: none"> 9:00~18:00までご利用の場合には、7.(1)と同様に法に定められている8~9時間の利用料金となります。 	【サービス費】 1日当たり 要介護1：669円 要介護2：791円 要介護3：915円 要介護4：1,041円 要介護5：1,168円
	<ul style="list-style-type: none"> 9時間以上11時間未満について延長が可能です。 	それぞれ1時間50円
(7) 介護職員等処遇改善加算	<ul style="list-style-type: none"> 介護職員の給与水準が低いため、介護職員の給与の改善に充てることを目的としています。 	各報酬単価の9.2%
(8) 中山間地等へのサービス提供	<ul style="list-style-type: none"> 通常の事業実施地域(2.(10)のとおり、小浜市全域)外の利用者には、送迎に係ります移動費用が相当程度必要となりますのでサービス費(1)のとおり)に5%加算されます。 	5%の加算
(9) 同一建物からの利用者	<ul style="list-style-type: none"> デイサービスセンターもみじの里と同一建物から利用される方につきましては減額します。 	1日につき94円の減額。
(10) 送迎の減算	<ul style="list-style-type: none"> 居宅とデイサービスセンターもみじの里の間の送迎を行わない場合には減額します。 	片道につき47円の減額。

8. 介護保険給付対象とならないサービスの概要と利用料

サービスの種別	内 容	利 用 料 金
(1) 昼 食 費	<ul style="list-style-type: none"> 昼食費にかかる食材料費および調理費用をいただきます。 	1日当たり 750円
(2) お や つ 代	<ul style="list-style-type: none"> おやつ代にかかる食材料費および調理費用をいただきます。 	1日当たり 150円
(3) 夕 食 費	<ul style="list-style-type: none"> 夕食費にかかる食材料費および調理費用をいただきます。 	1日当たり 650円
(4) お む つ 代	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の選定により、個人的に使用するものを事業所が提供した場合にその費用をいただきます。 	実 費
(5) 洗 濯 代	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の選定により、個人的な下着等を洗濯いたします。 	1日当たり 100円
(6) 行 事 代	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の選定により、事業所が実施する行事(主に遠足)に参加した場合にその費用をいただきます。 	実 費

※ 利用料減免制度

当事業者は、社会福祉法人として、低所得の利用者の方でも利用しやすいよう利用料の減免を行っておりますので、お尋ねください。

9. 利用の中止、変更、追加

(1) 利用予定期間の前、若しくは途中で、利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、若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、変更等の実施日の前日までに事業者申し出てください。
(2) サービス利用の変更、追加の申し出に対しては、事業者の稼働状況や居宅サービス計画との関係で、ご希望どおりにサービスを利用できない場合もあります。

10. 協力病院及び歯科協力病院について

(名称) 杉田玄白記念公立小浜病院	(住所) 福井県小浜市大手町2番2号
-------------------	--------------------

11. 苦情の受付について

(1) 本事業者における苦情窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情受付窓口 (担当者) 生活相談員 岡本祐樹 ・ 苦情解決責任者 管理者 福井拓哉 ・ 受付電話番号 0770-52-0084 ・ 苦情受付時間 毎週月曜日～金曜日午前9:00～午後4:00
(2) その他の苦情窓口	<p>本事業者以外にも、居宅介護支援事業所、各市町村、国民健康保険連合会等でも苦情を受け付けております。</p> <p>小浜市 健康応援課 0770-64-6014 おおい町 いきいき福祉課 0770-77-2760</p> <p>以上の受付時間は土・日・祝を除く毎日の8:30～17:15 福井県国民健康保険団体連合会 0776-57-1614 受付時間は土・日・祝を除く9:00～16:00 福井県社会福祉協議会運営適正化委員会 0776-24-2347 受付時間は土・日・祝を除く8:30～17:00</p>

12. 事故発生の防止および発生時の対応

- 1 事業者は、事故の発生またはその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じます。
 - (1) 事故が発生した場合の対応および次号に規定する報告の方法等を記載した事故発生防止のための指針を整備します。
 - (2) 事故が発生した場合またはそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。
 - (3) 事故発生の防止のための委員会および従業者に対する研修を定期的に行います。
- 2 事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村等、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、事故の状況および事故に際して採った処置について記録します。
- 4 事業者は、利用者に対する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、損害賠償を速やかに行います。

13. 身体拘束適正化に関する基本的考え方及び取り扱い

- 1 基本的には入所者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、入所者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により入所者の行動の制限をしません。
- 2 身体拘束適正化検討委員会において、前項の緊急やむを得ない場合(切迫性、非代替性、一時性の要件を満たす場合)に該当するかどうかを十分検討した上で判定します。
- 3 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合でも、常に観察、再検討し、緊急やむを得ない場合の要件に該当しなくなった場合には直ちに解除します。
- 4 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を、入所者やその家族等にできる限り詳細に説明します。
- 5 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。

14. 本事業所ご利用の際にご留意いただく事項

(1) 面	会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 面会時間 原則として9:00～16:00 ・ 来訪者は、必ず面会簿に記入の上、職員に届け出てください。
(2) 禁	煙	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所内全館禁煙としておりますので、ご協力をお願いします。

以上、サービス提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

指定通所介護事業所 デイサービスセンター もみじの里

説明者 職名_____

氏名_____印

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、通所介護サービスの利用開始に同意しました。

利用者 住所_____

氏名_____印

代理者 住所_____

利用者との関係

()

氏名_____印