

第 1 号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）

富竹の里デイサービスセンター重要事項説明書

当事業所は、ご契約者に対して介護予防通所介護相当サービスを提供します。

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方または「事業対象者」の認定を受けた方が対象となります。

1 経営法人

- 法人名 社会福祉法人光仁会富竹の里
- 法人所在地 長野県長野市大字富竹 1 6 2 1 番地
- 電話番号 0 2 6 - 2 9 6 - 7 3 8 3
- 代表者氏名 理事長 中野 清史
- 設立年月日 昭和 6 2 年 4 月 1 日

2 ご利用事業所

- 事業所種類 介護予防通所介護相当サービス
令和 6 年 4 月 1 日指定更新 長野市 2 0 7 0 1 0 0 7 4 4 号
- 事業所の名称 富竹の里デイサービスセンター
- 利用定員 3 5 名（通所介護含む）
- 事業所の所在地 長野県長野市大字富竹 1 6 2 1 番地 1
- 電話番号 0 2 6 - 2 9 6 - 2 8 6 7
- 管理者氏名 田尻 俊
- 併設事業 通所介護
- 目的

社会福祉法人光仁会富竹の里（以下「事業者」という。）が設置経営する富竹の里デイサービスセンター（以下「事業所」という。）において実施する第 1 号通所介護事業（介護予防通所介護相当サービス）（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、要支援者、事業対象者（以下「利用者」という。）に対し、事業の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な事業の提供を確保することを目的とします。

- 運営方針
 - 1 事業所が実施する事業は、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行い、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこととします。
 - 2 事業の実施にあたっては、事業の実施手順に関する具体的方針として、サービス提供の開始にあたり、利用者の心身状況等を把握し、個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた個別計画を作成するとともに、個別計画の作成後、個別計画の実施状況の把握（モニタリング）をし、モニタリング

結果を介護予防支援事業者へ報告することとします。

3 事業の開始にあたっては、利用者の心身機能、環境状況等を把握し、介護保険以外の代替サービスを利用する等効率性・柔軟性を考慮したうえで、利用者の意思及び人格を尊重しながら、利用者のできることは利用者が行うことを基本としたサービス提供に努めるものとします。

4 事業の実施にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携及び地域との交流等に努めるものとします。

4 前項のほか、長野市が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施するものとします。

3 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 長野市（古里、柳原、長沼地区）

※ただし、管理者が認めた場合はこの限りではない。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、土曜日 日曜日及び12月31日から1月2日までは休業。
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間帯	9時30分～16時00分

4 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して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。

〈主な職員の配置状況〉

職種	常勤	非常勤
1. 管理者	1名	-名
2. 生活相談員	3名	-名
3. 看護職員	1名	2名
4. 介護職員	7名	3名
5. 機能訓練指導員	2名	2名
6. 運転手	-名	3名

5 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所が提供するサービスについて、

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の 9 割または 8 割または 7 割が介護保険から給付されます。

〈サービスの内容〉

- ① 日常生活上の援助 日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行います。
- ② 健康状態の確認
- ③ 機能訓練サービス
 - ・ご契約者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練ならびに心身の活性化をはかるための各種サービス（アクティビティ・サービス）を提供します。
 - （日常生活動作に関する訓練、レクリエーション（アクティビティ・サービス）、グループワーク、行事的活動、体操、趣味活動）
- ④ 送迎サービス
- ⑤ 入浴サービス
 - ・一般浴槽、特殊浴槽を用いて入浴サービスを提供し、衣類着脱、身体の清拭、洗髪、洗身、その他必要な介助、自立生活支援のための見守りの援助を行います。
- ⑥ 食事サービス
 - ・準備等介助、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助、身体状態（嚥下力）に応じた調整
- ⑦ 日常生活における介護等に関する相談及び助言

〈サービス利用料金〉

【介護予防通所介護相当サービス費】

(月額)

	サービス費 (A)	費用総額 (B) (A) × 10.14	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1・ 事業対象者	1, 7 9 8 単位	1 8, 2 3 1 円	1, 8 2 4 円	3, 6 4 7 円	5, 4 7 0 円
要支援 2・ 事業対象者	3, 6 2 1 単位	3 6, 7 1 6 円	3, 6 7 2 円	7, 3 4 4 円	1 1, 0 1 5 円

※介護保険被保険者証に記載のあるご契約者の要介護度及び介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた自己負担額をお支払いください。

※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

※1 単位は 10.14 円となり、端数処理のため、利用日数等により金額が変動する場合があります。

【加算】

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、利用者負担額（1割又は2割又は3割）を追加料金としてご負担いただきます。1単位は、10.14円です。

- サービス提供体制強化加算Ⅰイ

- ・事業対象者・要支援1 88単位（1月につき）
- ・事業対象者・要支援2 176単位（1月につき）

介護職員のうち介護福祉士の数が70%以上、または勤続10年以上が25%以上の場合に加算されます。

- 介護職員等処遇改善加算Ⅰ

一月の総単位数（サービス費+加算）×92/1000

介護職員等への賃金の改善等を実施している場合に加算されます。

【減算】

- 送迎未実施減算 47単位（片道につき）

利用者の居宅と通所介護事業所との間の送迎を行わない場合に、[要支援1・事業対象者の方は1月につき376単位]、[要支援2・事業対象者の方は1月につき752単位]を限度とし減算されます。

- ・ご契約者が自ら通う場合
- ・ご契約者の家族等が送迎を行う場合など

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

【サービスの概要と利用料金】

① 介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額（利用料(B)）がご契約者の負担となります。

② 実施地域以外の地域への送迎費用

送迎距離 片道5km以上10km未満 1回につき（片道）300円

片道10km以上 1回につき（片道）500円

③ お預かりサービス

ご契約者の希望により、サービス提供時間の開始前または終了後に、特別に利用を希望する場合。

8時30分～9時30分／16時～17時30分

30分につき250円

④ 食費

食事の提供を受けた場合、1回につき790円の食費をいただきます。

また、年間行事にて提供される食事やおやつについて、実費(100～500円程度)を、行事食費としていただくことがあります。その際は事前にお便り等にてお知らせをさせていただきます。

⑤ おむつ代

おむつやリハビリパンツ、パットを使用されている方は、ご自宅からご持参していただくことを基本としていますが、予備のものが無い場合等は事業所のものをお使いいただくことも可能です。
その場合には実費をいただくか、現物でお返しいただきます。

⑥ 上記以外に、通所介護の中で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用でご契約者が負担することが適当と認められる費用の実費。

(3) 複写物の交付

ご契約者等は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア. 下記指定口座への振り込み

八十二銀行 朝陽支店 普通預金 2 7 3 7 2 1

名義 社会福祉法人光仁会富竹の里 理事長 中野 清史

イ. 金融機関口座からの自動引落

ご利用できる金融機関：一部を除く全国の金融機関 (毎月 27 日)

※自動引落をご利用の場合、手数料はご契約者負担となります。

ウ. 窓口での現金支払い

(5) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更、又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日の前日までに事業所に申し出てください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の自己負担相当額

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所が満員でご契約者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日をご契約者に提示して協議します。

6 事故発生の防止及び事故発生時の対応について

- (1) 事故が発生した場合の対応等が記載された事故発生の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、当該事実が報告され、その

分析を通じた改善策について、職員に周知徹底を図る体制を整備します。

- (3) 事故発生の防止のための研修等を定期的に行います。
- (4) 処遇により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご契約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。
- (5) 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (6) 処遇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。

市町村	市町村名	長野市及び事故等にあった利用者等の支給決定を行った市町村
	担当部課名	保健福祉部高齢者活躍支援課
	電話番号等	電話 026-224-5094 ファクス 026-224-8694

当施設は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険(株)
保険名	介護保険 社会福祉事業者総合保険
保障の概要	対人・対物賠償責任

7 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご契約者が予め指定する連絡先にも連絡します。

8 非常災害への対応等について

サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、ご契約者の避難等適切な措置を講じます。また、感染症や非常災害時の業務継続計画等の策定、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制の整備、地域住民等と連携した避難等の訓練や研修を実施します。

9 衛生管理等について

- (1) 衛生管理に努め、衛生上必要な措置を講じるとともに、医療用具や備品等の管理を適正に行います。
- (2) 事業所において感染症または食中毒が発生及びまん延しないための取り組み（委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練(シュミレーション)の実施等）を実施していきます。また、別に厚生労働大臣が定める感染症または食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順にそった対応を行います。

10 虐待の防止について

ご契約者の人権の擁護・虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し定期的に研修を実施します。

11 苦情解決の体制及び手順

- (1) 事業所の苦情・相談受付窓口

提供した指定居宅介護に係るご契約者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設

置しています。

事業所では地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所に対するご意見などもいただいています。本事業所への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

事業者の窓口	窓 口 担 当 者 管理者 田尻 俊 受 付 日 時 平日 9 時から 17 時 電 話 番 号 026-296-2867 F A X 番 号 026-296-7384
第 三 者 委 員	古里・柳原・長沼地区民生児童委員 ※各委員の連絡先は、施設内に掲示しております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

事業所では解決できない苦情や虐待等の相談は、行政機関または長野県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。

市町村の窓口	所 在 地 長野市大字鶴賀緑町 1613 受 付 担 当 課 長野市保健福祉部介護保険課 電 話 番 号 電 話 : 026-224-7871 F A X 番 号 F A X : 026-224-8694
長野県福祉サービス運営適正化委員会	所 在 地 長野市若里 7-1-7 長野県社会福祉総合センター4 階 実 施 機 関 長野県社会福祉協議会 受 付 日 毎週月曜日から金曜日 受 付 時 間 午前 9 時から午後 5 時まで 電 話 番 号 0120-28-7109 (苦情相談) 026-226-2210 (事務局) F A X 番 号 026-227-0137

(3) 第三者評価の受審状況等について

第三者評価の実施はしておりません。

1.2 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) ご契約者及びその家族に関する秘密の保持について

事業所は、ご契約者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

- 職員は、サービス提供をする上で知り得たご契約者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- 事業所は、職員に業務上知り得たご契約者又はその家族の秘密を保持させるため、職員である期間及び職員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- 事業所は、ご契約者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他に、ご契約者の個人情報を提供しません。またご契約者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他にご契約者の家族の個人情報を提供しません。
- 事業所は、ご契約者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- 事業所が管理する情報については、ご契約者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。

1.3 サービスの利用に関する留意事項

- (1) 設備及び備品の使用については、使用法に従って使用してください。
- (2) 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により現状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- (3) 金銭および貴重品の管理については、自己管理を基本とし、金銭及び高価並びに貴重な金品については施設に持ち込まないでください。
- (4) ご利用者同士での金品のやり取りは、トラブル防止や体調管理等の観点から禁止させていただきます。
- (5) 事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動は行わないでください。
- (6) 他ご利用者への迷惑行為は行わないでください。
- (7) インフルエンザ、ノロウイルス等に感染された方は、他の方への感染予防を主観とし、自宅での療養をお願いします。同居のご家族が感染された場合も、ご契約者との接触の有無等確認させていただき、ご契約者に症状が無い場合でも利用を控えていただく場合があります。ご契約者、ご家族に感染症の症状が出た場合は、ご連絡をいただき対応について相談させていただきます。
- (8) 毎月のお便りや広報活動等に活動中の写真を使用したり、ご契約者の誕生月には氏名、生年月日、年齢を施設内に掲示させていただきますが、希望されない方は予めお申し出ください。

1.4 サービス利用にあたっての禁止行為

- ①事業所の職員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- ②パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
- ③サービス利用中に事業所の職員を含むご契約者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに記載すること

令和 年 月 日

サービスの利用開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者氏名	富竹の里デイサービスセンター	印
-------	----------------	---

上記内容の説明を事業所から確かに受けました。

ご契約者	住 所	
	氏 名	印

ご家族代表者	住 所	
	氏 名	印

ご契約者が身体の状況等により署名ができないため、ご契約者の意思を確認のうえ、私をご契約者に代わって、その署名を代筆しました。

代理人	住 所	
	氏 名	印