

指定地域密着型通所介護重要事項説明書

〔令和6年4月1日現在〕

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 藤ヶ丘福祉会
代表者役職・氏名	理事長 大西 通代
本社所在地・電話番号	福井県敦賀市藤ヶ丘町15-5番地・0770-25-8854
法人設立年月日	昭和56年12月16日

2 サービスを提供する事業所の概要

（1）事業所の名称等

名 称	デイサービス つむぎ
事 業 所 番 号	地域密着型通所介護 (指定事業所番号 1870200506)
所 在 地	〒914-0017 福井県敦賀市藤ヶ丘町15-5番地
電 話 番 号	0770-21-5525
F A X 番 号	0770-25-8874
通常の事業の実施地域	敦賀市

（2）事業所の窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から金曜日までとする。 (ただし、12月29日から1月3日を除く。)
営 業 時 間	8時30分から16時30分まで (祝祭日のみ9時30分から15時30分まで)
サービス提供時間	9時30分から15時30分まで

（3）事業所の勤務体制

職 種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	・従業者と業務の管理を行います。 ・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常 勤 1人
生活相談員	生活相談、入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助を行います。	常 勤 1人 非常勤 人
看護職員	・利用者の健康状態の確認を行います。 ・利用者の病状が急変した場合に利用者の主治の医師の指示を受けて、必要な看護を行います。	常 勤 人 非常勤 人
介護職員	必要な日常生活の世話及び介護を行います。	常 勤 1人 非常勤 人
機能訓練指導員	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機能訓練を行います。	常 勤 1人 非常勤 人

3 サービス内容

- ・食事の提供
- ・入浴介助
- ・日常生活の世話
- ・日常生活動作の機能訓練・・・ 日常生活、レクレーションを通じた訓練
- ・送迎
- ・個別機能訓練・・・・・・・ 個別の機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施
- ・若年性認知症利用者受入

4 利用料、その他の費用の額

(1) 地域密着型通所介護の利用料

ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として介護保険負担割合証に記載されている基本利用料の1割から3割のいずれかの額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

【地域密着型通所介護費】

所要時間/回	介護度	基本利用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割
3時間以上 4時間未満	要介護1	4160円	416円	832円	1248円
	要介護2	4780円	478円	956円	1434円
	要介護3	5400円	540円	1080円	1620円
	要介護4	6000円	600円	1200円	1800円
	要介護5	6630円	663円	1326円	1989円
4時間以上 5時間未満	要介護1	4360円	436円	872円	1308円
	要介護2	5010円	501円	1002円	1503円
	要介護3	5660円	566円	1132円	1698円
	要介護4	6290円	629円	1258円	1887円
	要介護5	6950円	695円	1390円	2085円
5時間以上 6時間未満	要介護1	6570円	657円	1314円	1971円
	要介護2	7760円	776円	1552円	2328円
	要介護3	8960円	896円	1792円	2688円
	要介護4	10130円	1013円	2026円	3039円
	要介護5	11340円	1134円	2268円	3402円
6時間以上 7時間未満	要介護1	6780円	678円	1356円	2034円
	要介護2	8010円	801円	1602円	2403円
	要介護3	9250円	925円	1850円	2775円
	要介護4	10490円	1049円	2098円	3147円
	要介護5	11720円	1172円	2344円	3516円

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

①サービスの実施による加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割b
入浴介助加算 I	利用者の入浴介助を行った場合	1日につき 400円	40円	80円	120円
個別機能訓練(I) イ	加算の訓練体制を満たし、利用者個別の心身の状況を重視した機能訓練（生活機能向上を目的とした訓練）を行った場合	1日につき 560円	56円	112円	168円
若年性認知症利用 者受入加算	若年性認知症利用者にサービスを提供した場合	1日につき 600円	60円	120円	180円
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等において、通常の事業の実施地域を越えて居住する利用者にサービスを行った場合	1日につき 基本利用料の5%			

②加算の基準に適合していると届け出ている加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額
介護職員等処遇改善加算II	介護職員の賃金の改善等を実施し、加算のキャリアパス要件と定量的要件を満たす場合	所定単位数の 9%	左記の1～3割
基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数（所定単位数）			

ウ 減算

- ① 当事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者又は同一の建物から通う利用者は、1日につき94単位が減算されます。同一の建物とは、指定地域密着型通所介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物をいいます。
- ② 利用者に対し、その居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合（ご家族が送迎される場合等）は、片道につき47単位減算されます。

(2) その他の費用

食 費	615円／食（食事代540円+おやつ代75円）
お む つ 代	尿とりパッド50円／枚、紙パンツ150円／枚、紙おむつ200円／枚
日 常 生 活 費	利用者の希望により提供する日常生活上必要な費用として、実費をご負担していただきます。

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

- ① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。

② 請求書は、利用月の翌月 10 日までに利用者あてにお届けします。

(2) 支払い方法等

① 請求月の 20 日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。

・利用者が指定する口座からの自動振替

② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください
(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)。

6 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用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利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、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利用者の家族の個人情報を用いません。
- (3) 利用者又はその家族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「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、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、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、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、速やかに損害賠償いたします。事業者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式会社

保険名：介護保険・社会福祉事業者総合保険

9 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火責任者）をおき、非常災害対策に関する取り組みを行います。防火責任者：大西 通代
- (2) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、定期的に職員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救助その他必要な訓練を行います。

10 サービス提供に関する相談、苦情

苦情相談窓口

担当	管理者 高木 修一
電話番号	0770-21-5525
受付日時	月曜日から金曜日（12月29日から1月3日を除く。） 8時30分から16時30分まで

市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

居住地(敦賀市)の介護保険担当窓口	0770-22-8180
福井県国民健康保険団体連合会	0776-57-1614
福井県運営適正化委員会	0776-24-2347

1.1 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (2) 主治の医師から指示事項がある場合は申し出てください。

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 福井県敦賀市藤ヶ丘町15-5番地
 法人名 社会福祉法人 藤ヶ丘福祉会
 代表者名 理事長 大西 通代

説明者

事業所名 デイサービス つむぎ
 氏名 印

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者 住所 印

氏名

(代理人) 住所 印

氏名