「介護予防通所介護」

重要事項説明書・利用契約書

当事業所は、ご契約者様に対して通所介護サービスを提供します。
事業所概要や提供されるサービス内容の重要事項等を説明します。

デイサービス ふなん

有限会社　富 南

《 通所介護 重要事項説明書 》

1　基本方針

利用者様が可能な限りその住居において、その有する能力に応じ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援助及び機能訓練を行うことにより、利用者様の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに精神的負担の軽減を図るものとします。

2　運営方針

事業の実施にあたっては、利用者様の人格を尊重し、常に利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者様及びそのご家族のニーズを的確に捉え、個別に介護予防通所介護計画を作成することにより、利用者様が必要とする適切なサービスを提供するものとします。

3　事業所の概要

事業所の名称　　『デイサービス ふなん』　（ 事業者『有限会社 富南』 ）
事業所の所在地　　静岡県田方郡函南町間宮９０１番地５
TEL　０５５-９５７-９２６３
FAX　０５５-９５７-９２６４
実施提供サービス　　通所介護事業
介護保険事業所番号　静岡県指定　第　２２７０３００７６３　号
介護保険指定年月日　平成１９年１０月 １日
通常事業の実施区域　函南町、三島市、伊豆の国市、沼津市、清水町
関連施設・事業所　(介護予防)認知症高齢者共同生活事業『グループホーム 富南の郷里』
(介護予防)認知症高齢者共同生活事業『グループホーム まみや』
(介護予防)訪問介護事業『ヘルパーステーション やすひさ』
(介護予防)居宅介護事業『居宅介護支援事業所 やすひさ』
サービス付き高齢者向け住宅『Grand Person ふなんさん家』
サービス付き高齢者向け住宅『Grand Person やすひさ』

4　営業時間及びサービスの提供時間

下記のとおりです。

営業時間	午前 ８時００分　～　午後 ５時３０分
サービス提供時間	午前 ９時００分　～　午後 ４時１０分
営業日	毎週 月曜日から土曜日（祝祭日も営業）
営業しない日	毎週 日曜日・(年末年始休み) １２月２９日より １月３日まで

5　事業所の職員の体制

（令和　7年 7月　1日　現在）

職　種	資　格	常　勤	非常勤	計
管　理　者	介護福祉士	1名	名	1名
生活相談員	介護福祉士	3名	名	3名
看　護　師	看　護　師	名	3名	3名
機能訓練指導員	看　護　師	名	1名	1名
機能訓練指導員	看護師（兼務）		3名	3名
機能訓練指導員	作業療法士	名	1名	1名
介護職員	介護福祉士	6名	2名	8名
介護職員	実務者研修	1名	名	1名
介護職員	介護職員初任者研修	名	2名	2名
調　理　員		1名	5名	6名
事務職員			名	名

6　利用定員　２４人

7　提供するサービス内容

共通的サービス

・食事介助 … 口腔機能に合せた食事形態で提供します。

・入浴介助 … 利用者様の状態に合わせ一般浴、介助浴、特殊機械浴を提供します。

・排泄介助 … トイレ介助・おむつ介助等自立度に応じた介助を提供します。

その他

・送迎サービス、趣味クラブ活動、整容介助等日常生活上の援助、機能訓練を提供します。

8　利用料金について

（1）介護予防通所介護利用料金のみ（1日あたり）について

【1割負担の目安】

区　分	介護予防通所介護費 単位数	利用料金	介護保険適用自己負担額
要支援1	４３６単位	￥４，４２１	￥４４２
要支援2	４４７単位	￥４，５３３	￥４５３

上記のほか加算があります。介護保険適用自己負担額は合計単位数を求めての単位に地域区分の１０．１４円を乗じてからの自己負担割合により負担となります。

※函南町は、地域区分が「７級地」であるため、単位数に１０．１４円を乗じた金額が料金となっています。
※上記料金は、自己負担１割の１ヶ月あたりの目安を表示したものです。

【介護職員処遇改善加算】

□(1)介護職員処遇改善加算（Ⅰ）イ

所定単位数の　１１１/1,０００

□(2)介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ

所定単位数の　１２０/1,０００

＜加算の基準＞

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1)介護職員の賃金（退職手当を除く）の改善（以下「賃金改善」という）に要する費用の見込額が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。

(2)指定介護予防通所介護事業所において(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、都道府県知事に届け出ていること。

(3)介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。

(4)当該指定介護予防通所介護事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。

(5)算定日が属する月の前１２月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。

(6)当該指定介護予防通所介護事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。

(7)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

① 介護職員の任用の際における職責または職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む）を定めていること。

② ①の要件について書面をもって作成し、すべての介護職員に周知していること。

③ 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。

④ ③について、全ての介護職員に周知していること。

(8)平成２７年４月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。

(9)生産性向上に取り組み、資質の高い介護サービスを提供する体制を整えていること。

①ケアプランデータ連携システムを導入し、実績報告をしていること。

【サービス提供体制強化加算】

□(1)サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ｲ

① 要支援１　　７２単位／月

② 要支援２　１４４単位／月

□(2)サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ﾛ

① 要支援１　　４８単位／月

② 要支援２　　９６単位／月

□(3)サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

① 要支援１　　２４単位／月

② 要支援２　　４８単位／月

＜加算の基準＞

ｲ　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ｲ　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 指定介護予防通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が１００分の５０以上であること。

(2) 通所介護費等算定方法第１５に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

ﾛ　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ﾛ　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 指定介護予防通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が１００分の４０以上であること。

(2) ｲ(2)に該当するものであること。

ﾊ　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 指定介護予防通所介護を利用者様に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数３年以上の者の占める割合が１００分の３０以上であること。

(2) ｲ(2)に該当するものであること。

※介護予防通所介護計画（介護予防サービス計画がある場合は、それを踏まえた介護予防通所介護計画）において、具体的な実施日、１回あたりの時間数や実施内容等を定めます。ただし、利用者様の状態の変化、介護予防サービス計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

※利用料金は１ヶ月ごとの定額制です。介護予防サービス計画において位置づけられた支給区分によって決まります。利用者様の体調不良や状態の改善等によりサービスの利用が少なかった場合、または多かった場合でも、日割りでの割引・増額はしません。

（ただし、次の場合については、日割り計算を行いそれぞれの単価に基づいて利用料を計算します）

［日割り計算を行う場合］

・月の途中に要介護から要支援に変更となった場合

・月の途中に要支援から要介護に変更となった場合

・同一保険者管内での転居等、最寄りの事業所を変更した場合

※月の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。

① 無料送迎地域　函南町……仁田・柏谷・畑毛・平井・上沢・桑原・大竹・塚本・肥田・新田・大土肥
三島市……中郷地区・旧市内地区
伊豆の国市…奈古谷・原木・韮山・南條・北江間
沼津市……大平
清水町……的場・畑中・戸田・久米田・堂庭

② 入浴料　無料

③ 食事代　１０００円（昼食代 ７４５円 ＋ おやつ代 ２５５円）

※食事代につきましては、３日前までにキャンセルのご連絡をいただいた場合は、無料とさせて頂きます。

④ その他

上記の他、おむつ代、レクリェーションにかかる費用等は、自己負担となります。

（２）利用料金のお支払方法

毎月、１０日までに前月分の合計額・明細を請求書に明記し送付いたします。
当月、月末までに現金持参若しくは振込（振込料は利用者様負担）・自動引落口座振替（利用手数料２００円(税別)は利用者様負担）にてお支払い頂きます。

※入金確認後、領収証を発行します。

9　サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。
サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、介護予防通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

※介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に、介護支援専門員とご相談ください。

（２）サービスの終了

①　利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の１週間前までに文書でお申し出下さい。
なお、文書は当方で用意してありますので、必要なときにはお申しつけください。

②　当社の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。
その場合は、終了１ヵ月前までに文書で通知いたします。

③　自動終了

以下の場合は、双方の文書がなくても自動的にサービスを終了いたします。

・利用者様が介護保険施設等に入所した場合
・介護保険給付サービスを受けていた利用者様の要支援介護認定区分が、非核当（要介護または自立）と認定された場合
・利用者様がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

④　その他

・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者様やご家族様などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が倒産した場合、利用者様は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することが出来ます。

・利用者様が、サービス利用料金の支払いを３ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず１４日以内にお支払いがない場合、または利用者様やご家族様などが当社や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難しいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、すぐにサービスを終了させていただく場合がございます。

１０ 当事業所の介護予防通所介護サービスの特徴等

（1）サービスの利用のために

事　　項	有　無	備　　考
土曜・日曜日の実施の有無	有	基本的に日曜日は定休日です
時間延長実施の有無	無	基本的にいたしかねます
従業員への研修の実施状況	有	毎月１回の研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	有	作成済です
送迎の有無	有	送迎します

（2）サービスの利用のための留意事項

・送迎の連絡方法

到着時間をお知らせしますので家の中でお待ちいただきます。

・体調確認と体調不良の場合の対応

看護職員から速やかに主治医及びご家族の方にご連絡し必要な措置を講じます。

・食事の内容

野菜食中心の健康食を事業所内で作ります。

・レクリェーション趣味活動の内容

カラオケ・各種ゲーム・絵画・書道・生け花等

１１ 緊急時の対応

主 治 医	氏　　名	
	連 絡 先	
ご家族様	氏　　名	
	連 絡 先	

１２ 苦情の受付について

【当事業所における相談・苦情の受付】

《苦情・相談受付窓口》（担当）管理者 高木　　電話番号　０５５－９５７－９２６３

《事業者統括苦情・相談受付》　　電話番号　０５５－９４１－７２７３

【行政機関における相談・苦情の受付】

《静岡県国民健康保険団体連合会 苦情相談》	電話番号　０５４－２３５－５５９０
《函南町福祉課高齢者福祉係》	電話番号　０５５－９７９－８１２６
《三島市長寿政策課》	電話番号　０５５－９８３－２７５９
《伊豆の国市高齢者支援課》	電話番号　０５５－８７６－８００９
《沼津市役所市民福祉部長寿福祉課》	電話番号　０５５－９３４－４８３６
《清水町長寿介護課高齢者支援係》	電話番号　０５５－９８１－８２０７

《 経営主体の概要 》

法人種別・名称	**有限会社　　富　南**
代表者役職・氏名	**代表取締役　秋 山　信 治**
本社所在地	**静岡県三島市安久３０２番地の３**
電話番号	**０５５－９８２－０７７０**

附 則

平成２１年	２月２０日	施 行
平成２１年	４月 １日	改 定
平成２１年	１１月２１日	改 定
平成２３年	１月２１日	改 定
平成２３年	５月２６日	改 定
平成２４年	４月 １日	改 定
平成２５年	４月 １日	改 定
平成２７年	４月 １日	改 定
平成２７年	８月 １日	改 定
平成２８年	３月 １日	改 定
平成２８年	５月２１日	改 定
平成２９年	２月 １日	改 定
平成２９年	４月 １日	改 定
令和 ４年	４月 １日	改 定
令和 ６年	４月 １日	改 定
令和 ７年	５月 １日	改 定
令和 ７年	７月 １日	改 定
令和 ８年	６月 １日	改 定

令和　　年　　月　　日

介護予防通所介護サービスの提供の開始に際し、利用者様並びにご家族様に対して、契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所住所　静岡県田方郡函南町間宮９０１番地５
事業所名　デイサービス ふなん　（ 事業所番号　２２７０３００７６３ ）

管理者　高 木　俊 弥　㊞

説明者　職　名＿＿＿＿＿＿＿＿　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

私は、契約書および本書面に基づいて、事業所から介護予防通所介護サービスについての重要事項の説明を受け、利用開始に同意しました。

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者様

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族様

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞