

ひかりデイケア（介護予防）
重要事項説明書

令和7年4月1日

1.事業者の概要

法人名	医療法人 雄久会
代表者名	早渕 光代
所在地・連絡先	福井市板垣5丁目201 TEL 0776-33-1600 FAX 0776-33-1602

2.事業所の概要

事業所の名称	ひかりデイケア
所在地・連絡先	福井市板垣5丁目201 TEL 0776-33-1600 FAX 0776-33-1602
管理者名	早渕 光代

3.介護予防通所リハビリテーションの目的および運営方針

(1) 事業所の目的

介護老人保健施設 ひかりケアホーム 介護予防通所リハビリテーションは、要支援状態と認定された通所者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、適正な介護予防通所リハビリテーションを提供することを目的とします。

(2) 運営方針

- 1.通所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自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、通所者の心身機能の維持回復を図ります。
- 2.通所者の要支援状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し計画的に行います。
- 3.介護予防支援事業者その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

4.事業所の設備の概要

- ・デイルーム
- ・機能訓練室
- ・浴室（一般浴槽・個別浴槽）
- ・送迎車（5台）

5.事業所の職員体制および職務内容

職種	人数（人）	職務内容
医師	1	通所者の病状に応じて診察を行い、従業者の管理、指導を行います。
看護職員	2以上	通所者の病状および心身の状況に応じて看護を提供します。
介護職員	7以上	通所者の病状および心身の状況に応じて介護を提供します。
支援相談員	1以上	通所者または契約者からの相談に適切に応じるとともに助言や援助等を行います。
理学療法士等	2以上	自立した日常生活を営むことができるようリハビリテーションを行います。
管理栄養士	1以上	食事の献立作成、栄養管理、通所者に対する栄養指導等を行います。
介護支援専門員	1	居宅サービス計画に基づき、介護予防通所リハビリテーション計画の作成と、サービス計画の実施状況の把握を行います。

※職員体制は変更する場合がありますが、必要数は満たしております。

6.営業日および営業時間

営業日	日曜日・元旦（1月1日）を除く毎日
営業時間	9：00～17：00
延長時間	17：00～19：00

※6時間以上8時間未満の介護予防通所リハビリテーションサービスの後に連続して行う延長サービスの体制をとっています。

7.介護予防通所リハビリテーションの利用定員

・利用定員 40名/日

8.介護予防通所リハビリテーションのサービス内容と利用料金その他の費用

(1) サービス内容

介護予防通所リハビリテーション計画の作成		介護予防支援サービス計画に基づき、通所者の希望の確認有する能力および置かれている環境等を把握し、リハビリテーションの目標およびサービス内容を記載した介護予防通所リハビリテーション計画を作成します。
送迎		通所者の居宅まで送迎します。
食事		管理栄養士の指導の下、食事およびおやつを提供します。 昼食 12：00 おやつ 15：00 夕食 18：00 ※延長サービス利用の際、希望があれば夕食を提供します。
健康管理		医師、看護師が健康管理を行います。
介護	入浴	一般浴槽か個別浴槽のいずれかの浴槽に、通所者の希望または身体状況に応じて入浴していただきます。
	排泄	通所者の身体の状態に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立について必要な援助を行います。
	その他	離床、着替え、整容その他の日常生活全般のお世話を適切に行います。
機能訓練		理学療法士等により、通所者の状況に応じた機能訓練を行います。
相談および援助		通所者やその家族等から相談に応じ、適切な助言や援助を行います。
レクリエーション等		介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、レクリエーションや行事等を提供します。 ※行事内容によっては、別途料金をいただくサービスもあります。
理美容サービス		介護保険外サービスとして事業所内で理容師による理容サービスおよび美容師による美容サービスの提供を受けることが出来ます。 ※対象は自分で理美容所に行くことが困難な方に限られます。

(2) 利用料金

・通所者の負担は、基本単位に個々に必要と判断された加算単位を合計した単位数に10.17円を乗じた金額の小数点以下を削除した介護保険負担割合証の利用者負担の割合に応じた料金となります。

○基本単位

・要支援者の程度により利用料金が異なります。以下は1月当たりの基本単位です。

要支援1	2,268
要支援2	4,228

○加算単位

・一体的サービス提供加算	480	単位/月
・栄養アセスメント加算	50	単位/月
・栄養改善加算	200	単位/月
・口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	単位/回
・口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	単位/回
・口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	単位/月
・口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	単位/月
・科学的介護推進体制加算	40	単位/月
・若年性認知症受入加算	240	単位/月
・減算 利用開始日の属する月から起算して12ヶ月を超えた場合		
要支援1	-120	単位/月
要支援2	-240	単位/月
※3ヶ月に1回以上リハビリテーション会議を開催した場合減算しない。		
・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		
介護福祉士70%以上もしくは勤続10年以上介護福祉士25%以上配置		
要支援1	88	単位/月
要支援2	176	単位/月
・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		
介護福祉士50%以上配置		
要支援1	72	単位/月
要支援2	144	単位/月
・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		
介護福祉士40%以上もしくは勤続7年以上30%以上配置		
要支援1	24	単位/月
要支援2	48	単位/月
※サービス提供体制強化加算は（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかを算定		
・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	利用サービス内容の所定単位数に8.6%を乗じた単位を算定（単位/月）	
・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	利用サービス内容の所定単位数に8.3%を乗じた単位を算定（単位/月）	
・介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	利用サービス内容の所定単位数に6.6%を乗じた単位を算定（単位/月）	
・介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	利用サービス内容の所定単位数に5.3%を乗じた単位を算定（単位/月）	

※通所者の世帯の収入条件に応じ、通所者負担を軽減する制度があります。

※サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の算定対象から除外

(3) その他の費用

食費	昼食	680円/食
	夕食	600円/食

※17：00以降のご利用および延長加算のサービスを利用した場合、希望があれば夕食を提供します。

- ・理美容代 2,000円(+税) 回
- ・クラブ活動費 実費/回

サービスの一環として実施するクラブ活動（喫茶、生花等）のための材料にかかる費用であって、通所者の希望を確認した上で提供される材料の費用です。

- ・行事参加代等 実費/回
外出行事等のためにかかる費用であって、通所者の希望を確認した上で提供される費用です。
- ・文書作成料
医師が作成する診断書等から事務員が作成する文書手数料までを含めて、希望に応じて提供される費用です。

領収書の再発行 220円/枚
複写代 10円/枚
- ・おむつ代
事業所で提供時にかかる費用であって、通所者の希望を確認した上で提供される費用です。

尿とりパット 40円/枚
フラットタイプ 90円/枚
リハビリパンツL 150円/枚
リハビリパンツM 120円/枚
紙おむつL 150円/枚
紙おむつM 120円/枚
- ・実施地域外の送迎費 片道 1,500円

9.通常の事業の実施地域

- ・福井市

10.事業所利用にあたっての留意事項

健康・衛生保持	事業所の清潔、整頓、その他環境衛生の保持の協力
禁止行為	宗教や信条の相違等で他人を攻撃し、また事故の利益のために他人の自由を侵すこと
	けんか、口論、泥酔等で他の利用者に迷惑等を及ぼすこと
	事業所の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること
	指定した場所以外で火気を用いること
	故意に事業所もしくは物品に損害を与え、またこれを持ち出すこと

11.非常災害対策

防火教育及び基礎訓練（消火・通報・避難）	2回以上/年
利用者を含めた総合訓練	1回以上/年
非常災害用設備の使用方法的徹底	随時

12.その他の事業所の運営に関する重要事項

(1)利用料等のお支払方法

- ・毎月10日前後に、「8.介護予防通所リハビリテーションのサービス内容と利用料金その他の費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を明細書により請求致しますので、その月の末日までにお支払いください。
- ・お支払方法は、原則、金融機関口座自動引き落としになります。介護予防通所リハビリテーション契約時に手続きして下さい。
- ・お支払いいただきますと、発行した請求書兼領収書に領収印を押印させていただきます。

(2) サービス内容に関する苦情等相談窓口

- ・通所者およびその家族、その他関係者からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、苦情受付窓口を設置しております。
- ・苦情を受け付けた場合には、直ちに苦情の申し立て者等と連絡を取り苦情内容を把握し、解決責任者と相談した上で、必要であれば検討会議を行います。また、検討した結果は、申し立て者に報告するとともに当該苦情内容等を記録し、再発防止に役立てます。

- ・当事業所の相談窓口以外の対応につきましては、市町村、国民健康保険団体連合会に対して直接苦情を申し立てることができます。なお、市町村、国民健康保険団体連合会から指導または助言を受けた場合は、それに従い必要な改善を行います。

相談窓口	窓口責任者	事務長・支援相談員	
	解決責任者	管理者 早瀬光代	
	ご利用期間	月曜日～土曜日	
	ご利用時間	8：30～17：30	
	ご利用方法	電話・面談・ご意見箱へ投函	
	連絡先	TEL 0776-33-1600	

福井市介護保険課	住所	福井市大手3-10-1 福井市役所
	連絡先	TEL 0776-20-5715
福井市地域包括ケア推進課	連絡先	TEL 0776-20-5400
	住所	福井市開発2-202-1 福井県自治会館
福井県国民健康保険団体連合会	連絡先	TEL 0776-57-1614

(3) 協力医療機関

- ・当事業所では、下記の医療機関に協力をいただいています。

	医療機関	医療機関	歯科	歯科
名称	奥村病院	福井赤十字病院	コンドー歯科医院	竹下歯科
住所	福井市板垣5-201	福井市月見2-4-1	福井市開発4-306	福井市木田2-2104
連絡先	0776-36-1500	0776-36-3630	0776-53-2828	0776-35-6480

(4) 事故発生時の対応

- ・通所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに福井市、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。ただし、当事業所に故意過失がない場合には、この限りではありません。

(5) 秘密の保持

- ・当事業所の従業者は、正当な理由なく、業務上知り得た通所者またはその家族等に関する秘密を洩らしません。また退職者等も同様とし必要な措置を講じます。
- ・介護予防支援事業者その他の介護保険事業者、医療機関に対して、通所者に関する情報を提供する際には通所者本人に、家族に関する情報を提供する際は当該家族の同意を予め文書により得ます。

(6) サービス提供困難時の対応

- ・通常事業の実施地域等を勘案し、適切なサービスを提供することが困難な場合は、担当の介護予防支援事業者への連絡、適当な他の通所リハビリテーション事業者等の紹介を行う等の必要な措置を講じます。

(7) 身体拘束等

- ・当事業所では、原則として利用者に対し身体拘束を廃止する。但し、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、当事業所の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載する。

(8) 虐待の防止等

- ・当事業所では、利用者の人権擁護、虐待発生又はその再発を防止する為、以下に掲げる事項を実施します。

- (1) 虐待防止の為の対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことが出来るものとする）を定期的に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止の為の指針を整備します。
- (3) 虐待を防止する為の定期的な研修を実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施する為の担当者を看護師長とします。

(9) 業務継続計画の策定等

- ・当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し介護予防通所リハビリテーションの提供を継続的に実施する為の、及び非常時の体制で早期の業務継続計画に従い必要な措置を講じ

るものとします。

- 当事業所は従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
 - 当事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。
- (10) 褥瘡対策等
- 当事業所は、利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備する。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、ひかりデイケアの
介護予防通所リハビリテーションのサービス内容および重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	所在地	福井市板垣5丁目201	
	事業者名	医療法人 雄久会	
	事業所名	ひかりデイケア	
	代表者名	理事長 早渕 光代	印
説明者	職名	支援相談員	
	氏名		印

私は、介護予防ひかりデイケアを利用するにあたり上記の重要事項
説明書を受領し、これらの内容に関して、説明者による説明を受け、十分に
理解した上で同意します。

令和 年 月 日

通所者	住所 〒 —	
	氏名	印
家族関係者	住所 〒 —	
	氏名	印
	通所者との続柄	
	電話番号 () —	
	() —	

※家族の欄には、通所者以外の関係者の氏名等をご記入下さい。

