

合同会社福寿想 重要事項説明書 (2025年4月)

◆福寿想リハビリデイサービス

福寿想リハビリデイサービス重要事項説明書【令和7年4月1日現在】

1. 事業所の概要(事業所番号2377300245)

- (1) 事業所の種類 地域密着型通所介護・第1号通所事業
- (2) 事業所の名称 福寿想リハビリデイサービス
- (3) 事業所の所在地 愛知県清須市一場番町186番地4
- (4) 電話番号 052-400-2910
- (5) 管理者 加藤志織
- (6) 開設年月日 平成23年9月1日
- (7) 利用定員 12名(10名:地域密着型通所介護・介護予防通所サービス、2名:生活支援通所サービス)

2. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域

清須市

- (2) 営業日及び営業時間

| | |
|----------|-----------------------------------|
| 営業日 | 月～土 |
| 受付時間 | 月～土 8:30～17:30 |
| サービス提供時間 | 月～土 9:00～12:05 火・水・木・土13:25～16:30 |

※休業日は、日曜日及び12/30～1/3及びですが、年間予定で祝日の臨時休業日やゴールデンウィークの休業、夏季休業日等を指定します。毎年4月1日までに1年間の予定をご利用者様にお知らせします。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して地域密着型通所介護・第1号通所事業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。

- 管理者 常勤 1名(兼務)
- 生活相談員 常勤 1名(兼務)、非常勤 2名(兼務)
- 介護職員 常勤 1名(兼務)、非常勤 6名(兼務)
- 機能訓練指導員 常勤 1名(兼務)、非常勤 7名(兼務)

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所で行うサービスには、利用料金が介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業から給付対象となるサービスと、給付対象にはならないものがあります。

- (1) 利用料金が介護給付及び介護予防・日常生活支援総合事業給付の対象となるサービス

〈サービスの概要〉

- ① 全身運動: 職員管理の下、マシンやセラバンド等を使用した筋力トレーニングを行います
- ② 個別機能訓練: 機能訓練指導員により、契約者の心身等の状態に応じて、日常生活を送るのに必要な機能回復ま

たはその減退を防止するための訓練を実施します。個別(一対一)又は、リハビリの目的が同じ利用者についてはグループ(5人以下)で、目標達成の訓練の為に必要な時間実施します。

<要介護の方>利用開始時と、その後3ヶ月毎に体力測定を行い、機能訓練個別計画書を作成した上で、計画書に沿って訓練を行います。また訓練計画の進捗状況の説明や見直しも3ヶ月毎に行います。又、心身機能を評価した情報を厚生労働省に提供し、解析された結果のフィードバックを受け、計画に反映します。(個別機能訓練加算Ⅱ…月に1回算定)

<要支援の方>利用開始時と、その後3ヶ月毎に体力測定を行い、体力評価表をお渡しします。個別機能訓練は、原則2回に1回程度実施します。

③ 口腔の健康状態及び栄養状態の確認：利用中6か月毎に利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を担当の介護支援専門員に報告します。(対象：要介護の方)

④ 介助：必要な介助を行います。

⑤ 送迎サービス：ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。契約者の希望でご自身の運転(徒歩)で事業所まで往復される場合、もしくはご家族にて送迎される場合は、途中での事故等については責任を負いかねます。その場合要介護の方のみ法令により47単位/片道の減算になります。

※この他に、科学的介護推進体制加算を月に1回算定します。(対象：要介護の方)

(科学的介護推進体制加算…厚生労働省にご利用者様の心身の状態等の情報を提供し、科学的に裏付けされたシステムにより解析し、フィードバックを受けサービス向上を目指すという主旨のもの)

※ 制度改定に伴いサービスに変更があった場合、別紙にて担当者よりご説明、契約者の同意をいただきます。

<サービス料金>

契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付(介護予防・日常生活支援総合事業)費額を除いた金額をお支払いください。サービス料金は、計算上端数が出てきますので、概ねの料金として参考にして下さい。

☆介護保険の給付額や負担率に変更があった場合、契約者の負担額を変更します。

■地域密着型通所介護費(3時間以上4時間未満の場合)

<加算内容>

| | |
|---------------|--|
| 要介護1～5 | 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ 76単位/日 個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位/月 科学的介護推進体制加算(40単位/月) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位(6月と12月のみ) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)9.0% 地域加算(6級地) 10.27円 |
|---------------|--|

{個別機能訓練加算(Ⅰ)ロについては、個別機能訓練加算(Ⅰ)イ56単位になる場合もあります。}

【要介護の方 料金表】(単位：円)

令和6年6月現在

| 介護度 | 1割負担 | | 2割負担 | | 3割負担 | |
|-----|------|------|-------|-------|-------|-------|
| | 1回目 | 2回目～ | 1回目 | 2回目～ | 1回目 | 2回目～ |
| 1 | 618 | 551 | 1,236 | 1,102 | 1,854 | 1,652 |
| 2 | 687 | 620 | 1,375 | 1,240 | 2,062 | 1,860 |
| 3 | 757 | 690 | 1,513 | 1,379 | 2,270 | 2,069 |
| 4 | 824 | 757 | 1,648 | 1,513 | 2,472 | 2,270 |
| 5 | 894 | 827 | 1,789 | 1,655 | 2,683 | 2,482 |

■第1号通所事業サービス

〈加算内容〉

| 清須市 |
|---|
| 地域加算(6級地) 10.27円 サービス卒業加算 2000単位(本人負担なし) |

【清須市在住要支援の方 料金表】(単位:円)

令和6年6月現在

| ご利用回数 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|----------------------|-------|-------|--------|
| 1回 | 402 | 803 | 1,205 |
| 月5回以上/月額 (週1回の方) | 1,781 | 3,562 | 5,342 |
| 月10回以上/月額 (週2回の方) | 3,474 | 6,949 | 10,423 |

(2)介護給付及び介護予防・日常生活支援総合事業給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額を契約者の負担とさせていただきます。

①飲み物・おやつを提供

デイサービスご利用時の飲み物及びおやつは、1日あたり200円(税込)とさせていただきます。

②契約者の希望や必要に応じて機能訓練材料費やオムツ等の実費を頂くことがあります。

(リハビリパンツ…1枚130円、オムツ用パッド…1枚50円)(税込)

(3)利用料金お支払い方法

サービス利用終了後、翌月10日までに請求書を発行しますので、翌月27日までに現金又は口座引き落としにてお支払いいただきます。

5. サービス利用の中止・変更

利用予定日の前に、契約者の都合により、地域密着型通所介護、介護予防通所サービス及び生活支援通所サービスの利用を中止・変更することができます。この場合には、実施日の前日午後17時30分までに事業所に申し出てください。休日後の利用日の場合は、休日前にご連絡下さい。

6. 苦情の受付について

当事業所は苦情受付窓口を設置しており契約者・家族等からの苦情に迅速、適切に対応します。また、本事業所への苦情やご意見は、行政やその他苦情受付機関に相談することもできます。

(1)当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 [職名]管理者:加藤志織

○受付時間 月曜日～土曜日(8:30～17:30) 電話番号 052-400-2910

(2)行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-------|--------------|
| 清須市役所 | 052-400-2911 |
|-------|--------------|

介護サービス苦情相談窓口

| | |
|----------------------|--------------|
| 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 | 052-971-4165 |
|----------------------|--------------|

7. 個人情報使用に関する同意

事業者が介護保険法に関する法令に従い、通所介護サービス等を円滑に契約者に提供することができるよう、下記内容等の必要な個人情報を使用・開示することがあります。

契約者及びその家族の情報使用・開示については、情報を必要最低限に留め、関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。

- ① 氏名・住所・健康状態・疾病歴・家族状況等、契約者やその家族に関する情報
- ② 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見
- ③ その他、サービス調整等に必要な情報
- ④ 緊急時・災害時において、生命・身体保護の為、利用者の安否情報を行政に提出
- ⑤ 厚生労働省が求める情報を利用者様ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症等の状況を提出
(対象:要介護者)

8. 送迎に関する説明及び同意

安全で、円滑な送迎を提供させていただくに当たり、今一度ご利用者様・ご家族の皆様にご施設の運営規程を理解していただき、ご協力いただきます様、よろしくお願いいたします。

- 1) 原則として、玄関の中までのお迎え・玄関の中までのお送りをいたします。身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人・ご家族様と話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。
- 2) 交通事情等で、15分以上到着時間が遅れる場合は、施設より電話連絡いたします。15分以内の遅れはご容赦ください。
- 3) 乗車中は、自宅及び当施設到着まで座席シートベルトを必ず着用してください。
- 4) 送迎職員到着後、体調不良等を除き、準備等ができていない場合、長時間待つことはできません。他の利用者様にもご迷惑をかけてしまう事となります。送迎の対応・デイサービスの利用ができなくなる場合もあります。スムーズで安全な送迎を行うために、お迎えの時間を事前にお伝えしております。その点をご理解くださり、ご本人・ご家族様のご協力をお願いします。
- 5) 送迎車内における喫食は、安全の為ご遠慮下さい。

◆福寿想稲沢リハビリデイサービス

福寿想稲沢リハビリデイサービス重要事項説明書【令和7年4月1日現在】

1. 事業所の概要(事業所番号2393900119)

- | | |
|-------------|-----------------------------|
| (1) 事業所の種類 | 地域密着型通所介護・介護保険法に規定する第一号通所事業 |
| (2) 事業所の名称 | 福寿想稲沢リハビリデイサービス |
| (3) 事業所の所在地 | 愛知県稲沢市六角堂西町5丁目3番8 |
| (4) 電話番号 | 0587-50-0111 |
| (5) 管理者 | 山口 宏美 |
| (6) 開設年月日 | 平成29年2月1日 |
| (7) 利用定員 | 月・水・金・・・15人、火・木・・・10人 |

2. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域
稲沢市在住の方のみ

(2) 営業日及び営業時間

| | |
|----------|--|
| 営業日 | 月～金曜日 |
| 受付時間 | 月～金曜日 8:30～17:30 |
| サービス提供時間 | 月・水・金曜日 9:00～12:05/13:25～16:30 火・木曜日 9:00～14:05 |

※12/29～1/3及び土日休みですが、年間予定で祝日の臨時休業日やゴールデンウィークの休業、夏季休業日等を指定します。毎年4月1日までに1年間の予定をご利用者様にお知らせします

3. 5時間以上6時間未満の地域密着型通所介護の対象について

5時間以上6時間未満の地域密着型通所介護は、稲沢市在住の要介護の方に限らせていただきます。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して地域密着型通所介護(介護保険法に規定する第一号通所業)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。

- 管理者 常勤 1名(兼務)
- 生活相談員 常勤 3名(兼務)、非常勤 1名(兼務)
- 介護職員 常勤 2名(兼務)、非常勤 5名(兼務)
- 看護職員 非常勤 2名(兼務)
- 機能訓練指導員 常勤 1名(兼務)、非常勤 6名(兼務) 計 14名

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、お支払方法

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

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の給付対象となるサービス (2)利用料金の全額を契約者にご負担いただくサービス | があります。 |
|--|--------|

(1)介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常7割～9割)が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① マシン運動、集団体操

・職員管理の元、マシンやセラバンド等を使用した筋力トレーニング、集団体操を行います。

② 個別機能訓練

<要介護の方:個別機能訓練加算Ⅰロ>

・機能訓練指導員により、契約者の心身等の状態に応じて、日常生活を送るのに必要な機能回復またはその減退を防止、また活動や社会参加を促すことを目標に実施します。

※利用開始時と、その後3ヶ月毎に体力測定を行い、機能訓練個別計画書を作成した上で、計画書に沿って訓練を行います。また訓練計画の進捗状況の説明や見直しも3ヶ月毎に行います。

心身機能を評価した情報を厚生労働省に提供し、解析された結果のフィードバックを受け、計画に反映します。(個別機能訓練加算Ⅱ…月に1回算定)

<要支援の方>

・機能訓練指導員等により、個別の機能訓練を実施します(回数は2回に1回程度)

利用開始時と、その後3ヶ月毎に体力測定を行い、身体機能の評価表を配布します。

③ 口腔の健康状態及び栄養状態の確認

・利用中6か月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を担当の介護支援専門員に報告します。

④ 入浴サービス(ケアプランに記載された要介護の方のみ)

・ご自宅の浴室環境・入浴動作を評価し、自宅での入浴を想定して入浴計画を作成した上で、個浴での入浴を行った場合には入浴介助加算Ⅱ、そうでない入浴の場合は入浴介助加算Ⅰを算定させていただきます。

⑤ 介助 契約者の日常生活における必要な介助を行います。

⑥ 送迎サービス

・ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

・契約者の希望でご自身の運転(徒歩)で事業所まで往復される場合、もしくはご家族にて送迎される場合は、途中での事故等については責任を負いかねます。その場合、法令により47単位/片道の減算になります。

※この他に、科学的介護推進体制加算を月に1回算定します。

(科学的介護推進体制加算・・・厚生労働省にご利用者様の心身の状態等の情報を提供し、科学的に裏付けされたシステムにより解析し、フィードバックを受けサービス向上を目指すという主旨のもの)

〈サービス料金〉

契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(通常1割又は2割又は3割)をお支払いください。(計算上、端数が出てきますので、概ねの料金となります)

※介護保険の給付額や負担率に変更があった場合、契約者の負担額を変更します。

■3時間以上4時間未満の場合 地域密着型通所介護費 ※1回あたりの自己負担金、令和6年6月～

※入浴サービスを利用しない場合

| | 1割負担額 | | 2割負担額 | | 3割負担額 | |
|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| | 1回目 | 2回目 | 1回目 | 2回目 | 1回目 | 2回目 |
| 要介護1 | 644円 | 576円 | 1287円 | 1153円 | 1931円 | 1729円 |
| 要介護2 | 713円 | 646円 | 1427円 | 1292円 | 2140円 | 1938円 |
| 要介護3 | 783円 | 716円 | 1566円 | 1431円 | 2348円 | 2147円 |
| 要介護4 | 850円 | 783円 | 1700円 | 1566円 | 2550円 | 2348円 |
| 要介護5 | 921円 | 853円 | 1841円 | 1707円 | 2762円 | 2560円 |

※入浴サービスを利用する場合(入浴介助加算Ⅱ)

| | 1割負担額 | | 2割負担 | | 3割負担額 | |
|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| | 1回目 | 2回目 | 1回目 | 2回目 | 1回目 | 2回目 |
| 要介護1 | 705円 | 638円 | 1411円 | 1276円 | 2116円 | 1914円 |
| 要介護2 | 775円 | 708円 | 1550円 | 1415円 | 2352円 | 2123円 |
| 要介護3 | 844円 | 777円 | 1689円 | 1554円 | 2533円 | 2332円 |
| 要介護4 | 912円 | 844円 | 1824円 | 1689円 | 2735円 | 2533円 |
| 要介護5 | 982円 | 915円 | 1965円 | 1830円 | 2947円 | 2745円 |

■5時間以上6時間未満の場合 地域密着型通所介護費 ※1回あたりの自己負担金、令和6年6月～

※入浴無しの場合

| | 1割負担額 | 2割負担額 | 3割負担額 |
|--|-------|-------|-------|
| | | | |

| | 1回目 | 2回目 | 1回目 | 2回目 | 1回目 | 2回目 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 要介護1 | 914円 | 847円 | 1828円 | 1693円 | 2742円 | 2540円 |
| 要介護2 | 1047円 | 980円 | 2095円 | 1960円 | 3142円 | 2941円 |
| 要介護3 | 1182円 | 1115円 | 2364円 | 2230円 | 3546円 | 3344円 |
| 要介護4 | 1313円 | 1246円 | 2627円 | 2492円 | 3940円 | 3738円 |
| 要介護5 | 1449円 | 1382円 | 2898円 | 2763円 | 4347円 | 4145円 |

※入浴サービスを利用する場合(入浴介助加算Ⅱ)

| | 1割負担額 | | 2割負担 | | 3割負担額 | |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1回目 | 2回目 | 1回目 | 2回目 | 1回目 | 2回目 |
| 要介護1 | 976円 | 908円 | 1951円 | 1817円 | 2927円 | 2725円 |
| 要介護2 | 1109円 | 1042円 | 2218円 | 2084円 | 3327円 | 3126円 |
| 要介護3 | 1244円 | 1176円 | 2487円 | 2353円 | 3731円 | 3529円 |
| 要介護4 | 1375円 | 1308円 | 2750円 | 2615円 | 4125円 | 3923円 |
| 要介護5 | 1511円 | 1443円 | 3021円 | 2887円 | 4532円 | 4330円 |

◆地域密着型通所介護の加算内訳

個別機能訓練加算Ⅰ・ロ 76単位、個別機能訓練加算Ⅱ 20単位(月に1回のみ)

科学的介護推進体制加算 40単位(月に1回のみ)

入浴介助加算Ⅱ 55単位(入浴介助加算Ⅰの場合は40単位)…入浴する方のみ

サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位

※この他に、6ヶ月に1回、「口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ(20単位)」が発生します

介護職員処遇改善加算Ⅰ 9.2%、地域加算 区分6級地(単位数×10.27円)

■介護保険法に規定する第一号通所事業費(3時間以上4時間未満の場合)

※1ヶ月の自己負担金、令和6年6月～

| 要支援 | 1割負担額 | 2割負担額 | 3割負担額 |
|------------|-------|-------|--------|
| 1・2(週1回利用) | 2160円 | 4320円 | 6480円 |
| 2(週2回利用) | 4303円 | 8606円 | 12909円 |

◆介護保険法に規定する第一号通所事業の加算内訳

科学的介護推進体制加算 40単位、

サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 88単位/月(週1回利用)、176単位/月(週2回利用)

※この他に、6ヶ月に1回、「口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ(20単位)」が発生します

介護職員処遇改善加算Ⅰ 9.2% 地域加算 区分6級地(単位数×10.27円)

(2) 全額を契約者にご負担いただくサービス

利用料金の金額を契約者の負担とさせていただきます。

■3時間以上4時間未満の場合(地域密着型通所介護・介護保険法に規定する第一号通所事業を利用される方)

①飲み物・おやつを提供

デイサービスご利用時の飲み物及びおやつは、1日あたり200円(税込)とさせていただきます。

②契約者の希望や必要に応じて機能訓練費やオムツ等の実費をいただくことがあります。

(リハビリパンツ…1枚130円、オムツ用パット…1枚50円、タオル貸出代…100円)

■5時間以上6時間未満の場合(地域密着型通所介護をご利用いただく方)

①昼食・飲み物・おやつを提供

デイサービスご利用時の昼食・飲み物及びおやつは、1日あたり800円(税込)とさせていただきます。

※昼食は当日8:00以降にキャンセルの場合、600円がキャンセル料として発生します。

②契約者の希望や必要に応じて機能訓練費やオムツ、バスタオル貸出等の実費をいただくことがあります。(リハビリパンツ…1枚130円、オムツ用パット…1枚50円、タオル貸出代…100円)

〈利用料金お支払い方法〉

前記(1)、(2)の料金・費用はサービス利用終了後、翌月10日までに請求書を発行しますので、翌月27日までに現金又は口座引き落としにてお支払いいただきます。

6. サービス利用中止・変更について

利用予定日の前に、契約者の都合により、地域密着型通所介護(介護保険法に規定する第一号通所事業)サービスの利用を中止・変更することができます。この場合には、実施日の前日午後17時30分までに事業所に申し出てください。休日後の利用日の場合は、休日前にご連絡下さい。

7. 苦情の受付について

当事業所は苦情受付窓口を設置しており契約者・家族等からの苦情に迅速、適切に対応します。また、本事業所への苦情やご意見は、行政やその他苦情受付機関に相談することもできます。

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 [職名]管理者:山口宏美

○受付時間 月曜日～金曜日(8:30～17:30) 電話番号 0587-50-0111

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-------|--------------|
| 稲沢市役所 | 0587-32-1111 |
|-------|--------------|

介護サービス苦情相談窓口

| | |
|----------------------|--------------|
| 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 | 052-971-4165 |
|----------------------|--------------|

8. 個人情報使用に関する同意

事業者が介護保険法に関する法令に従い、通所介護サービス等を円滑に契約者に提供することができるよう、下記内容等の必要な個人情報を使用・開示することがあります。

契約者及びその家族の情報使用・開示については、情報を必要最低限に留め、関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。

- ① 氏名・住所・健康状態・疾病歴・家族状況等、契約者やその家族に関する情報
- ② 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見
- ③ その他、サービス調整等に必要の情報
- ④ 緊急時・災害時において、生命・身体保護の為、利用者の安否情報を行政に提出

⑤ 厚生労働省が求める情報を利用者様ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症等の状況を提出

9. 送迎に関する説明及び同意

安全で、円滑な送迎を提供させていただくに当たり、今一度ご利用者様・ご家族の皆様にご施設の運営規程を理解していただき、ご協力いただきます様、よろしくお願いいたします。

- (1) 原則として、玄関の中までのお迎え・玄関の中までのお送りをいたします。身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人・ご家族様と話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。
- (2) 交通事情等で、15分以上到着時間が遅れる場合は、施設より電話連絡いたします。15分以内の遅れはご容赦ください。
- (3) 乗車中は、自宅及び当施設到着まで座席シートベルトを必ず着用してください。
- (4) 送迎職員到着後、体調不良等を除き、準備等ができていない場合、長時間待つことはできません。他の利用者様にもご迷惑をかけてしまう事となります。送迎の対応・デイサービスの利用ができなくなる場合もあります。スムーズで安全な送迎を行うために、お迎えの時間を事前にお伝えしております。その点をご理解くださり、ご本人・ご家族様のご協力をお願いします。

◆福寿想レンタルサポート

福寿想レンタルサポート重要事項説明書【令和7年4月1日現在】

1. 指定事業者概要

| | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 事業者の名称 | 合同会社福寿想 |
| 主たる事業者の所在地 | 愛知県清須市一場番町186番地4 |
| 代表者名 | 代表社員 加藤武範 |
| 電話番号 | (052) 400-2910 |
| 介護保険法令に基づき愛知県知事から指定を受けている事業者名称 | 介護保険法令に基づき愛知県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類 |
| 福寿想レンタルサポート | 福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与) |

2. ご利用事業所とサービス提供地域

| | |
|------------|---------------------------------------|
| ご利用事業所の名称 | 福寿想レンタルサポート |
| 介護保険指定番号 | 2377300690 |
| 所在地 | 愛知県清須市一場番町186番地4 |
| 電話番号 | 070-1734-8903 |
| 通常の事業の実施地域 | “清須市、稲沢市、一宮市、あま市、名古屋市、北名古屋市、春日井市、小牧市” |

3. 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要介護状態等にある高齢者が、可能な限り居宅において、能力に応じた自立した生活が営めるよう、福寿想レンタルサポートの福祉用具専門相談員等が、適正な福祉用具貸与サービスを提供することを目的とします。 |
|-------|---|

| | |
|-----|---|
| 運営の | 福祉用具専門相談員等は、要介護者等の心身の特性をふまえて、その有する能力に応じ、自 |
|-----|---|

| | |
|----|---|
| 方針 | 立した日常生活を営むことができるよう、福祉用具の選定を行います。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 |
|----|---|

4. ご利用事業所の職員体制

| | | |
|-------|----|----------------|
| 管理者 | 1名 | 常勤1名 |
| 専門相談員 | 4名 | 常勤兼務2名 非常勤兼務2名 |

5. 営業時間

| | |
|------|---|
| 営業日 | 月曜日から金曜日までとする。ただし、年末年始(12月30日から1月3日)及び国民の休日は除く。 |
| 営業時間 | 午前9時から午後6時 |

6. 取り扱う種目

車椅子、車椅子付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、体位変換器、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助杖、徘徊感知器、移動用リフト(つり具の部分除く)等

7. 消毒・保管方法

指定福祉用具の消毒・保管は、株式会社日建リース工業、株式会社サンネットワーク・リブ、株式会社 フランスベッド等に委託する方法等とします。

8. 利用料および利用料のお支払い方法

| | |
|-------------|---|
| 利用料 | 特定福祉用具を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定福祉用具貸与が法定代理受領サービスであるときは、負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。その他福祉用具の搬入に特殊な装置が必要な場合の当該処理に要する費用もその実費を徴収します。 |
| レンタル開始月の利用料 | 契約日とその月の15日以前:1ヶ月分の全額 契約日とその月の16日以降:1ヶ月分の1/2の額 |
| レンタル終了月の利用料 | 解約日とその月の15日以前:1ヶ月分の1/2の額 解約日とその月の16日以降:1ヶ月分の全額 |
| 利用料の支払方法 | ご指定の銀行口座又は、郵便局口座から自動引き落としを原則とします。引き落とし日は4月・7月・10月・1月の各27日(日・祝日の場合は後日)に3ヶ月分請求させていただきます。※引き落としができなかった場合は、翌月に再度引き落とし請求をするか現金での集金となります。 |

9. キャンセル料

| |
|--|
| キャンセル料はいただきませんが、居宅サービス計画が作成された後にサービスの利用を中止される場合には、前日までに速やかに所定の連絡先までご連絡ください。 連絡先 直通電話:(070)1734-8903 TEL:(052)400-2910 FAX:(052)400-2930 |
|--|

10. その他運営に関する重要事項

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 福祉用具貸与事業所は、専門相談員の資質向上を図るための研修会の機会を、採用時研修(採用1ヶ月以内)及び、採用後研修を設けるものとし、また業務体制を準備します。 職員は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。職員であった者に、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、職員でなくなった後においてもこれらの保持をするべき旨を、職員との契 |
|--|

約更新の内容とします。
 ・今後のより良いサービス又は、アフターフォローのために利用者の個人データを第三者へご提供させて頂く場合があります。
 ・利用者の求めに応じ、サービス提供記録を開示します。

11. 苦情申し立て窓口

事業者は利用者からの相談又は苦情に対応する窓口を設置し、福祉用具貸与に関する利用者の要望、苦情に対して迅速に対応します。尚、当事業所の苦情申し立ての窓口は下記のとおりです。

福寿想レンタルサポート 直通電話 (070)1734-8903 TEL (052)400-2910
 管理者 山口 宏美 FAX(052)400-2930
 ご利用時間 月曜日から金曜日 9:00～18:00

各市町村の苦情相談窓口や国民健康保険連合会にも苦情相談ができます。

| | |
|----------------------|---------------|
| 清須市健康福祉部高齢福祉課 | (052)400-2911 |
| 稲沢市市民福祉部高齢介護課 | (0587)32-1111 |
| 一宮市福祉部介護保険課 | (0586)28-9018 |
| あま市福祉部高齢福祉課 | (052)444-3141 |
| 名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 | (052)972-3087 |
| 北名古屋市高齢福祉課 | (0568)22-1111 |
| 春日井市健康福祉部地域福祉課 | (0568)85-6184 |
| 小牧市福祉部地域包括ケア推進課長寿福祉係 | (0568)76-1193 |
| 愛知県国民健康保険団体連合会 苦情調査係 | (052)971-4165 |

12. 当法人の概要

法人種別・名称 合同会社福寿想 (平成 23 年 4 月創設)

所在地・電話 愛知県清須市一場番町 186 番地 4 電話番号 052-400-2910

代表社員 加藤武範

事業内容 居宅介護支援事業、地域密着型通所介護事業、介護予防・日常生活支援総合事業、地方自治体(区市町村)から介護被保険者認定調査業務の受託・福祉用具貸与・福祉用具販売事業、訪問鍼灸マッサージ事業、宅地建物取引業

法人内委員会活動 安全衛生委員会(BCP 計画、避難訓練)、人材教育委員会(虐待・身体拘束・法令遵守・サービスの安全と質の確保等)、親睦改善委員会(社内交流・ハラスメント対応)、美化委員会(美化活動)

13. 個人情報使用に関する同意

事業者が介護保険法に関する法令に従い、円滑に契約者に提供することができるよう下記内容等の必要な個人情報を使用・開示することがあります。

契約者及びその家族の情報使用・開示については、情報を必要最低限に留め、関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。

- ①氏名・住所・健康状態・疾病歴・家族状況等、契約者やその家族に関する情報
- ②認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見

- ③その他、サービス調整やサービス提供に必要な情報
- ④緊急時・災害時において、生命・身体保護のため、利用者の安否情報を行政に提出

◆福寿想居宅介護支援事業所

福寿想居宅介護支援事業所 重要事項説明書

[令和7年 4月 1日現在]

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 052-400-2910 (月～金曜日 9:00～18:00 土曜日 9:00～17:00)

担当 介護支援専門員 加藤 武範 / 管理者 加藤 武範

※ ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. 居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業所者の指定番号およびサービス提供地域

| | |
|---------------|-----------------------------|
| 事業所名 | (事業所名)福寿想居宅介護支援事業所 |
| 所在地 | (住所)愛知県清須市一場番町 186 番地 4 |
| 事業所の指定番号 | 居宅介護支援事業 (愛知県 2377300369 号) |
| サービスを提供する実施地域 | (地域名)清須市、稲沢市、名古屋市等 |

(2) 事業所の職員体制

管理者兼主任介護支援専門員 1名 (常勤専従)

介護支援専門員 3名 (常勤専従 2名・非常勤専従 1名)

(3) 営業時間

月～金曜日 午前9時から午後6時まで ※土曜日午後5時まで

(日曜・祝日・12月30日～1月3日は休業 但し、祝日は臨時営業日もあります)

3. 居宅介護支援申込みからサービス提供までの流れ

付属別紙2「サービス提供の標準的な流れ」参照

4. 利用料金

(1) 利用料(ケアプラン作成料)

要介護または要支援認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されるため自己負担はありません。ただし、保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日保険者の窓口に提出しますと、全額払戻を受けられます。また、情勢に合わせて新型コロナウイルス感染症対応への特例的な評価にも対応していきます

(利用料金・・・単位×10.42円)

<居宅介護支援費 I >

① 介護支援専門員取扱件数 45 件未満の場合

要介護1・2 1, 086単位 要介護3・4・5 1, 411単位

② 介護支援専門員取扱件数 45 件以上 60 件未満の場合

要介護1・2 544単位 要介護3・4・5 704単位

③ 介護支援専門員取扱件数 60 件以上場合

要介護1・2 326単位 要介護3・4・5 422単位

<介護予防支援費…福寿想居宅介護支援事業所が直接行う場合>

要支援1・2 472単位

※主な加算は、初回加算、特定事業所加算(Ⅲ)、入院時情報連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)、退院・退所加算、緊急時等居宅カンファレンス加算、通院時情報連携加算、ターミナルケアマネジメント加算等です

(2) 交通費

前記2の(1)のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。

(3) 解約料

お客様はいつでも契約を解約することができます、いっさい料金はかかりません。

5. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情窓口

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。担当の介護支援専門員までお申し出ください。

(2) その他の窓口

当事業所以外に以下の窓口にも苦情を伝えることができます。

・行政機関

| | | | |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| 清須市役所 | 052-400-2911 | 稲沢市役所 | 0587-32-1111 |
| 名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 | | 052-972-2591 | |

※上記以外の市区町村が保険者の利用者については、その保険者が窓口

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

・介護サービス苦情相談窓口

| | |
|----------------------------|--------------|
| 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 苦情調査係 | 052-971-4165 |
|----------------------------|--------------|

6. 個人情報使用に関する同意

事業者が介護保険法に関する法令に従い、通所介護サービス等を円滑に契約者に提供することができるよう、下記内容等の必要な個人情報を使用・開示することがあります。

契約者及びその家族の情報使用・開示については、情報を必要最低限に留め、関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。

⑤ 氏名・住所・健康状態・疾病歴・家族状況等、契約者やその家族に関する情報

⑥ 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見

⑦ その他、サービス調整等に必要な情報

⑧ 緊急時・災害時において、生命・身体保護の為、利用者の安否情報を行政に提出

7. 契約時の説明等

契約者はケアプランに位置付けた居宅サービス事業所について、その理由を求める事ができ、必要に応じて、複数の事業所の紹介を求める事もできます。当事業所の訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

8. 当法人の概要

法人種別・名称 合同会社福寿想 (平成23年4月設立)

所在地・電話 愛知県清須市一場番町186番地4

代表社員 加藤武範 電話 052-400-2910

事業内容 居宅介護支援事業、地域密着型通所介護事業、介護予防・日常生活支援総合事業、地方自治体(区市町村)から介護被保険者認定調査業務の受託

福祉用具貸与・福祉用具販売事業、訪問鍼灸マッサージ事業、宅地建物取引業

法人内委員会活動 安全衛生委員会(BCP計画、避難訓練)、人材教育委員会(虐待・身体拘束・法令遵守・サービスの安全と質の確保等)、親睦改善委員会(社内交流・ハラスメント対応)、美化委員会(美化活動)