

地域密着型通所介護／第 1 号通所事業 重要事項説明書

2025 年 11 月版



〒780-0935 高知市旭町 2 丁目 3 8 - 5

☎088-872-6655

地域密着型通所介護／第 1 号通所事業 重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業主体名	株式会社スノーフォレスト
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 吉井 英昭
所在地	〒780-0935 高知県高知市旭町二丁目 38 番地 5
介護保険関連の事業	グループホームいこいの森 ・ グループホームいこいの森福井町 デイサービスいこいの森 ・ 介護付きホームいこいの森プラス

2. 当事業所の概要

事業所名	デイサービスいこいの森
目 的	事業所は、ご利用者がその有する能力に応じて、可能な限り居宅で自立した日常生活を営むことができるよう地域密着型通所介護及び第 1 号通所事業を提供し、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図ります。
運営方針	1. 人権の尊重 2. 主体性（自己決定）の尊重 3. 安全と安心感の尊重 4. 生きがいの発見のサポート 5. 地域との連携
当事業所の責任者	藤田 千夏
開設年月日	2024 年 2 月 1 日
保険事業者指定番号	地域密着型通所介護（指定事業所番号：3990101630） 第 1 号通所事業（指定事業所番号：3990101630）
所在地、電話・FAX 番号	（〒780-0935）高知県高知市旭町 2 丁目 38-5 1 階 電話 088-872-6655 FAX 番号 088-872-6655
施設の概要	機能訓練室、食堂、静養室、浴室、相談室、厨房
緊急対応方法	主治医・家族と連絡を取りながらすみやかな対応を行います。
防犯防災設備 避難設備等の概要	火災報知機・消火器・非常口 ※消防計画を有します。利用者を含めた総合訓練を年 1 回以上行います。
サービス提供地域	高知市
利用定員	18 人

3. 当事業所の職員体制

職員の体制	職 務	員 数	保有資格
管理者	従業者の管理及び介護サービスの利用の申し込みに係る調整、他従事者と協力し通所介護計画の作成等を行うなど業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。	1 名	介護福祉士等
生活相談員	利用者、従事者に対する助言及び技術指導を行う。	1 名以上	介護福祉士等
機能訓練指導員	心身機能の低下の防止及び維持回復を図る為の訓練の実施	1 名以上	看護師等
看護職員	利用者の健康管理、相談・助言を行う。	1 名以上	看護師又は准看護師
介護職員	介護サービスの提供に当たる。	2 名以上※	ヘルパー 2 級等
勤務時間例	生活相談員：8 時 30 分～17 時 30 分 看護職員：9 時 00 分～16 時 00 分 介護職員：8 時 30 分～17 時 30 分		

※介護職員数はご利用者の実数が 15 名以下の場合は 1 名の配置の場合があります。

4. 営業日及びサービスの提供時間帯

営業日	営業時間	サービス提供時間
月曜～土曜	午前8時30分～午後5時30分	午前9時30分～午後4時00分
休業日	■毎週日曜日、12月30日～1月3日 ■その他臨時休業について 施設改修や職員研修及び天候悪化によって臨時的に休業する場合があります。日程が事前にお知らせできる場合は速やかに臨時休業の理由・休業日をご利用者様にお伝えします。天候悪化等の場合は遅くとも当日（できる限り前日）お電話にて臨時休業のお知らせをさせていただきます。	

5. サービスの内容

No	サービス内容	提供時間※	備考
1	朝の送迎	8：30～	お車でご自宅まで職員がお迎えにあがります。悪天候の場合等ございますので、ご自宅の中でお待ちください。
2	健康チェック	到着後	看護師が中心となりの当日の健康状態のチェックをさせていただきます。
3	入浴サービス	午前中	完全な個室でサービスを提供させていただきます。選択サービスです。
4	昼食	12：00～	昼食を提供させていただきます。ご利用時にアレルギー・禁忌の食材等ある場合は事前に必ずお申し出ください。
5	機能訓練 個別機能訓練 レクリエーション	13：00～	心身機能の低下の防止及び維持回復を図る為の訓練の実施を行います。個別機能訓練は選択サービスで実施の際は機能訓練指導員が中心となりサービスを提供させていただきます。
6	おやつ	15：00～	おやつを提供させていただきます。尚、お費用は昼食代に含まれます。
7	夕の送迎	16：00～	お車でご自宅まで職員がお送りいたします。原則としてご自宅以外の場所への送迎は行っておりません。
8	その他必要な介護	適時	その他必要な介護につきましては適宜に提供させていただきます。
9	相談援助	適時	ご自宅でのお暮らしの中でお困り事やご相談がありましたら、お気軽にご相談ください。

※提供時間は例示で当日の利用状況等により変更になる場合があります。

6. サービスの利用に当たっての留意事項

送迎時間	送迎時間、車椅子での乗車の有無などご希望がありましたら、事前にお伝えください。利用定員、交通事情等の都合により、ご希望通りにならない場合もあります。送迎は家の前までとさせていただきます。
体調不良等によるサービスの中止・変更	午前中の健康チェックで体調不良の場合はご利用を中止させて頂く場合や、入浴サービス、個別機能訓練の実施を中止させて頂く場合があります。
昼食のキャンセル	昼食をキャンセルされる場合は当日9時までにご連絡ください。ご連絡がない場合は食費を負担して頂きます。
時間変更	ご利用者のご都合でサービスの利用時間を変更される場合は前日までにご連絡ください。
設備、器具の利用	施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂くことがあります。
外出	歩行訓練を兼ねた外出を行うことがありますが、希望されない場合は、契約時にご相談ください。

7. A：ご利用料金（地域密着型通所介護の場合）（単位：円）

（1）通所介護基本利用料（1日あたり：サービス提供時間6時間以上7時間未満）

介護度別	利用料金	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要介護1	6,780	☐ 678	☐ 1,356	☐ 2,034
要介護2	8,010	☐ 801	☐ 1,602	☐ 2,403
要介護3	9,250	☐ 925	☐ 1,850	☐ 2,775
要介護4	10,490	☐ 1,049	☐ 2,098	☐ 3,147
要介護5	11,720	☐ 1,172	☐ 2,344	☐ 3,516

（2）選択的サービスおよび体制加算等の利用料

サービス名	サービス内容等	利用料金	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
入浴介助加算Ⅰ	入浴の介助行う	400	☐ 40	☐ 80	☐ 120
個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ	機能訓練指導員が個別機能訓練計画に基づき、機能訓練を行なう	560	☐ 56	☐ 112	☐ 168
サービス提供体制強化加算Ⅰ	前年度実績（以下の何れか） ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	220	☐ 22	☐ 44	☐ 66
サービス提供体制強化加算Ⅱ	前年度実績 ①介護福祉士50%以上	180	☐ 18	☐ 36	☐ 54
サービス提供体制強化加算Ⅲ	前年度実績（以下の何れか） ①介護福祉士40%以上 ②勤続7年以上30%以上	60	☐ 6	☐ 12	☐ 18
科学的介護推進体制加算 （1月につき）	①全利用者のADL、栄養、口腔機能、認知症状況等の情報を厚労省に提出。 ②必要に応じてサービス計画を見直す等、上記の情報を有効に活用する。	400	☐ 40	☐ 80	☐ 120
介護職員等処遇改善加算Ⅰ （1月につき）	職場環境や賃金体系を明確化し介護職員の資質向上を図る事等を満たす。介護職員等の賃金改善に要する費用	9.20%	☐ 1,078	☐	☐

（3）介護保険外サービス費（※下記に含まれない費用は全て実費となります。）

サービス名	サービス内容等	利用料金
昼食費	利用料金には昼食代とおやつ代が含まれます。	700円

（4）1月あたりのご利用料金（例：1月を30日として試算）

※あくまでもケアプランで定めた曜日・回数に基づく試算ですので、実際のご利用状況により料金は変わります。

ご利用回数	介護保険サービス費	介護保険外サービス費	合計（1月あたり）
月 回	円	円	円

7. B: ご利用料金（第1号通所事業の場合）（単位：円）

（1）第1号通所事業利用料（1月あたり）

介護度別	利用料金	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要支援1	17,980	☐ 1,798	☐ 3,596	☐ 5,394
要支援2	36,210	☐ 3,621	☐ 7,242	☐ 10,863

（2）選択的サービスおよび体制加算等の利用料

サービス名	サービス内容等	利用料金	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
サービス提供体制強化加算Ⅰ	前年度実績（以下の何れか） ①介護福祉士 70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士 25%以上	880	☐ 88	☐ 176	☐ 264
		1,760	☐ 176	☐ 352	☐ 528
サービス提供体制強化加算Ⅱ	前年度実績 ①介護福祉士 50%以上	720	☐ 72	☐ 144	☐ 216
		1,440	☐ 144	☐ 288	☐ 432
サービス提供体制強化加算Ⅲ	前年度実績（以下の何れか） ①介護福祉士 40%以上 ②勤続7年以上 30%以上	240	☐ 24	☐ 48	☐ 72
		480	☐ 48	☐ 96	☐ 244
科学的介護推進体制加算	以下の要件を全て満たす。 ①全利用者のADL、栄養、口腔機能、認知症状況等の情報を厚労省に提出。 ②必要に応じてサービス計画を見直す等、上記の情報を有効に活用する。	400	☐ 40	☐ 80	☐ 120
介護職員等処遇改善加算Ⅰ (1月につき)	職場環境や賃金体系を明確化し介護職員の資質向上を図る事等を満たす。介護職員等の賃金改善に要する費用	9.20%	☐ 353	☐	☐

（3）介護保険外サービス費（※下記に含まれない費用は全て実費となります。）

サービス名	サービス内容等	利用料金
昼食費	利用料金には昼食代とおやつ代が含まれます。	700円

（4）1月あたりのご利用料金（例：1月を30日として試算）

※あくまでもケアプランで定めた曜日・回数に基づく試算ですので、実際のご利用状況により料金は変わります。

ご利用回数	介護保険サービス費	介護保険外サービス費	合計（1月あたり）
回	円	円	円

8. 料金の支払方法

毎月20日までに前月分の請求をいたしますので、30日以内にお支払いください。お支払い方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中から自由に選べます。口座自動引落しは、「四国銀行」または「ゆうちょ銀行」のみの取り扱いとなります。前月分の請求額を翌月27日に引き落とします。残高不足により引き落とせなかった場合は、現金又は銀行振込にてお支払ください。お支払い頂きますと、領収書を発行いたします。ただしお支払い方法が口座振替または口座振込みの場合は通帳記入、金融機関支払明細書の控えにて代用させて頂き、原則として領収書発行を省略させて頂きます。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの料金を全額（10割）お支払頂き、サービス提供証明書、領収書を発行します。このサービス提供証明書、領収書をお住まいの市町村にご提出の上、差額の払い戻しを受けて下さい。

☐ 銀行振込 ☐ 現金集金 ☐ 四国銀行口座自動引落 ☐ ゆうちょ銀行口座自動引落

9. サービス内容に関する苦情

- (1) 利用者から相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者 の設置

窓口の名称：デイサービスいこいの森 お客様相談窓口

電話番号：088-872-6655

解決責任者：藤田千夏（管理者） 受付担当者：責任者が指定した職員

受付時間：月曜日～金曜日の午前8時30分～午後5時（但し、12月29日～1月3日は除く）

- (2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ①苦情が生じた場合、職員は速やかに受付担当者に連絡します。
- ②受付担当者は苦情申出人から内容を詳しく聴取し、「苦情等受付書」に記録します。
- ③受付担当者は速やかに解決責任者に報告し、関係者に事実確認を行います。
- ④苦情の内容に応じて、必要な場合は「苦情等対応委員会」を開きます。
- ⑤申立日より一週間以内に、担当者（もしくは責任者）は検討の結果を苦情申出人に誠意をもって説明もしくは具体的な対応を行い、解決に努めます。
- ⑥受付担当者は受付から解決までを「苦情等受付書」に記載し記録します。
- ⑦受け付けた相談や苦情はすべての職員に共有し、再発防止に役立てるとともに、勉強会や研修会に参加して知識の習得や対応力の強化に努めます。

- (3) 当事業所以外では、市町村及び高知県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等にも苦情を伝えることができます。

①高知市介護保険課 事業係

☎088-823-9972

②高知県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談係

☎088-820-8410

10. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、ご利用者に対して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。（当事業所はあいおいニッセイ同和損保株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります）

11. 第三者外部評価の実施

第三者外部評価の実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

12. 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びその後見人又はご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びその後見人又はご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業所では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者及びその後見人又はご家族の個人情報を用います。

令和 年 月 日

地域密着型通所介護／第1号通所事業の提供開始にあたり、利用者に対して、本書面に基づき重要な事項を説明しました。

<事業者>	所在地	高知市旭町二丁目38番地5
	法人名	株式会社スノーフォレスト
	担当者名	吉井 英昭

利用者（または代理人）は本書面により事業者から地域密着型通所介護／第1号通所事業についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

<利用者>	住所	
	氏名	

<代理人> (選任する場合)	住所	
	氏名	



SNOW FOREST

株式会社スノーフォレスト
〒780-0942 高知市旭町二丁目 38 番地 5

URL: <https://ikoi-sms.com>
E-Mail: snowforest151@gmail.com

事業者
割印

