

# 地域密着型通所介護・第一号通所事業(日光市通所介護事業相当サービス) 重要事項説明書

## (事業の目的)

### 第1条

ゆたかりハビリステーション（以下、「ゆたか」とします。）が開設する地域密着型通所介護施設ゆたかりハビリステーション（以下、「当事業所」とします。）における、事業の実施に当たり、介護保険法等の関係法令に従い、可能な限りその居宅において、要支援、要介護状態の維持もしくは改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、ご契約者（以下、「利用者」とします。）の心身の状態・希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な居宅サービスを提供することにより、利用者の日常生活の便宜を図り、利用者を介護する方の負担の軽減を図ります。

## (運営の方針)

### 第2条

1. ゆたかは、利用者の意思及び人格を尊重し常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。
2. 事業の実施に当っては、地域との結びつきを重視し、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
3. 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、関係市町村に連絡を行なうと共に必要な措置を講じます。
4. ゆたかは、利用者の要支援、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的にサービスを提供します。

## (事業者の概要)

### 第3条

- ① 法人名 : 合同会社 ゆたか
- ② 法人所在 : 栃木県日光市土沢639-40
- ③ 代表者 : 豊田 龍介
- ④ 電話番号 : 0288-26-6166
- ⑤ FAX番号 : 0288-26-6166

## (営業日及び営業時間)

### 第4条

- ① 営業日 月火水木金土日(祝日も含む)  
定休日 年始1月1日から3日をお休みとさせていただきます。
- ② 営業時間  
午前8時30分から午後5時30分まで
- ③ サービス提供時間  
午前9時00分から午後4時01分まで  
※午前の部 9:00~12:01  
午後の部 13:00~16:01

(当事業所の概要)

第5条

事業所名	ゆたかりハビリステーション
所在地	栃木県日光市瀬尾250-1
電話番号	0288-25-6017
指定事業所番号	0970600532
サービス実施地域	日光市 今市地域：今市地区、落合地区、豊岡地区、大沢地区を実施地域とします。 日光地域：湯元、中宮祠を除く地域を実施地域とします。 藤原地域：鬼怒川温泉、小佐越、高德を実施地域とします

(当事業所の職員体制)

第6条 (令和5年8月1日現在)

職種	資格	計	備考(兼任の有無等)
管理者	社会福祉主事	1人	生活相談員と兼務
生活相談員	社会福祉主事	1人	管理者と兼務
看護職員	看護師	3人	介護職員及び機能訓練指導員と兼務
	准看護師	1人	
介護職員	介護福祉士	1人	
	1級課程修了者	人	
	2級課程修了者	人	
	3級課程修了者	人	
	その他	3人	
機能訓練指導員	理学療法士	2人	
	作業療法士	人	
	管理栄養士	人	
	言語聴覚士	人	
	看護師	3人	介護職員及び看護職員と兼務
	柔道整復師	人	
事務職員等	運転手	人	

(当事業所の設備の概要)

第7条

定員	一単位18人※午前の部18名 午後の部18名
機能訓練室	1室(67.98㎡)
静養室	1室(8.00㎡)
相談室	1室(6.21㎡)
送迎車	4台 内1台リフト車

従業員体制 ※一単位午前の部及び午後の部毎に下記職員が配置されます。

**(管理者) 1名 (生活相談員と兼務)**

**第8条**

管理者は、当事業所の従業者の管理及びサービスの利用の申込みに関する調整、通所介護計画の作成、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとします。また、法令等に規定されている指定地域密着型通所介護事業の実施に関して遵守すべき事項についての指揮命令を行うものとします。

**(生活相談員) 1名**

**第9条**

生活相談員は、生活の向上を図るため適切な相談、援助を行うものとし、介護その他必要なサービスの提供にあたるものとします。

**(介護職員) 2名**

**第10条**

介護職員は、心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要なサービスの提供にあたります。

**(機能訓練指導員) 2名**

**第11条**

機能訓練指導員は、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訓練指導、助言を行うものとします。

**(看護職員) 3名**

**第12条**

看護職員は、サービス提供日ごとに利用者の健康状態の確認等を行うものとします。

**(通所介護計画書及び予防通所介護計画書)**

**第13条**

1. ゆたかは、利用者の心身の状況、ご希望、そのおかれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画書を作成します。
2. 通所介護計画書は、既に居宅サービス計画が作成されている場合には、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成するものとします。
3. ゆたかは、作成した通所介護計画書を利用者又はそのご家族に対して、その内容を説明し、利用者の同意を頂くとともに、利用者に交付するものとします。
4. ゆたかは、通所介護計画書に沿ってサービスを提供するものとします。
5. ゆたかは、利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行うものとします。
6. ゆたかは、利用者から通所介護計画の変更または中止の要請がある場合には、状況を十分に調査し、医師又は居宅介護支援事業者の助言・指導に基づいて、通所介護計画の内容を変更し又は中止します。

## (サービス内容)

### 第14条

事業所は、居宅サービス計画に沿って、通所介護計画、通所介護予防計画及び個別機能訓練計画書を作成し、次のようなサービスを提供します。

#### ①身体介護

利用者の日常生活動作能力の程度に応じて、必要な支援及びサービスを提供します（排せつの介助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体の介護）。

#### ②機能訓練

体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得する為の訓練を行います。

#### ③送迎

送迎を必要とする利用者に対し、利用者の居宅前路上から当事業所間の送迎サービスを提供します。送迎車両には運転手又は従業員が添乗し、必要な介助を行います（送迎、移動、移乗動作の介助）。なお、天候や交通事情等諸般の事情により、所定の送迎時刻と誤差が生じる場合があります。

#### ④相談・助言

利用者及びご家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

## (サービス利用料金：地域密着型通所介護)

### 第15条

サービスの利用料金は、介護保険法令に定める介護給付費（介護報酬）に準拠した次の金額となります。

地域区分 日光市7級 利用単位1単位につき 10.14円が下記の料金に乗じてかかります。

※一回のご利用におやつドリンク代として150円を頂戴いたします。(希望者(任意))

所用時間	3時間以上 4時間未満			
	サービス利用料金	利用者負担額		
		1割	2割	3割
地域通所 介護1	4218円	422円	844円	1266円
地域通所 介護2	4846円	485円	970円	1455円
地域通所 介護3	5475円	548円	1096円	1644円
地域通所 介護4	6084円	609円	1218円	1827円
地域通所 介護5	6722円	673円	1346円	2019円

1. 加算対象となるサービスを行った場合は、利用料金の他に金額が加算されます。

加算料金		
	加算料金	利用者負担額
地域通所介護 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76 単位/回	1 割負担 77 円 2 割負担 154 円 3 割負担 231 円
地域通所介護 個別機能訓練加算(Ⅱ)	20 単位/月	1 割負担 21 円 2 割負担 41 円 3 割負担 61 円
地域通所介護 口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 単位 ※月 2 回まで	1 割負担 163 円 2 割負担 325 円 3 割負担 487 円
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	1 割負担 41 円 2 割負担 82 円 3 割負担 122 円

- 注 1) 個別機能訓練加算は、機能訓練指導員が、介護職員等と共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、その計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合に加算されます。
2. 口腔機能向上加算は、看護職員が、介護職員と共同して、利用者ごとに口腔機能訓練計画を作成し、その計画に基づき、計画的に口腔機能訓練を行っている場合に加算されます。
3. 公的介護保険の適用がある場合には、利用者はゆたかに対して、上記サービス利用料金から保険給付額を控除した金額（以下、「利用者負担額」とします。）を支払うものとします。
4. 給付制限を受けた場合、居宅サービス計画を作成していない場合その他償還払いとなる場合には、サービス利用料金の全額を、ゆたかにお支払い頂きます。この場合には、後日、ゆたかが利用者に対してお渡しする、領収証を保険者（市区町村）の窓口で提示して承認された後、利用者には、利用者負担額分を除いた金額が払い戻されます。
5. 本契約の有効期間中、介護保険法その他関係法令の改正により、サービス利用料金又は利用者負担額の改定が必要となった場合には、改定後の金額を適用するものとします。この場合、ゆたかは、法令改正後速やかに利用者に対し、改定の施行時期及び改定後の金額を通知します。
6. 職員の配置体制によって、個別機能訓練加算(Ⅰ)イ(56 単位)に変更になることがあります。
7. 処遇改善加算Ⅰ(5.9%)特定処遇改善加算Ⅱ(1.0%)ベースアップ等支援加算(1.1%)を取得することで、スタッフの待遇を改善するために継続的な施策を行っております。また令和 6 年 6 月サービス提供分より、処遇改善加算Ⅱ(9.0%)に移行いたします。

(サービス利用料金：第一号通所事業：日光市通所介護相当サービス)

第16条

1. サービスの利用料金は、介護保険法令等に準拠した次の金額となります

1月当たりのサービス利用料金		
	サービス利用料金	利用者負担額
通所独自サービス1 (週1回程度)	18,231円	1割負担 1,824円 2割負担 3,648円 3割負担 5,472円
通所独自サービス2 (週1回程度)	18,231円	1割負担 1,824円 2割負担 3,648円 3割負担 5,472円
通所独自サービス2 (週2回程度)	36,716円	1割負担 3,672円 2割負担 7,344円 3割負担 11,016円

2. 加算対象となるサービスを行った場合は、上記利用料金に以下の金額が加算されます。

1月当たりの加算料金		
	加算料金	利用者負担額
通所型独自サービス 口腔機能向上加算Ⅱ	1,622円	1割負担 162円 2割負担 324円 3割負担 486円
科学的介護推進 体制加算	405円	1割負担 41円 2割負担 82円 3割負担 123円

注1) 口腔機能向上加算Ⅱは、利用者の口腔機能向上を目的として実施される口腔機能訓練を実施した場合に加算されます。

注2) 処遇改善加算Ⅰ(5.9%)特定処遇改善加算Ⅱ(1.0%)ベースアップ等支援加算(1.1%)を取得することで、スタッフの待遇を改善するために継続的な施策を行っております。  
また令和6年6月サービス提供分より、処遇改善加算Ⅱ(9.0%)に移行いたします。

(キャンセル料金)

第17条

1. 利用者がサービスの利用の中止(以下、「キャンセル」という。)をする際には、速やかにゆたかまで連絡しなければならないものとします。
2. 利用者のご都合により本サービスをキャンセルする場合には、本サービスのご利用予定日の前営業日の午後5時まで連絡をいただかなかった場合には、下記表中のキャンセル料金を頂きます。但し、利用者の容態の急変など、緊急かつやむを得ない事情がある場合には、キャンセル料金は頂きません。

連絡時期	キャンセル料金
ご利用予定日の前営業日の午後5時まで	無料
ご利用予定日の当日午前8時30分まで	サービス利用料金の25%
ご利用予定日の当日午前8時30分以降	サービス利用料金の35%

3. キャンセル料金は、当月分のサービス利用料金の支払いに合わせてお支払い頂きます。

## (交通費その他の費用)

### 第18条

従業者が利用者を送迎するため、利用者宅を訪問する際にかかる交通費は、第5条に記載するサービス実施地域内にお住まいの利用者につきましては、無料となります。

また、通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要した送迎の費用は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、1キロメートルあたり10円徴収します。

## (お支払い方法)

### 第19条

ゆたかは、利用実績に基づいて1ヶ月ごとにサービス利用料金を請求し、集金袋にて料金を徴収します。1ヶ月に満たない期間のサービス利用料金は、利用実績に基づいて計算した金額とします。

## (ゆたか及び従業者の義務)

### 第20条

1. ゆたか及びその従業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命、身体及び財産の安全に配慮するものとします。
2. ゆたかは、その従業者の清潔保持及び健康状態について必要な管理並びに設備・備品等の衛生的な管理に努めるものとします。
3. ゆたかは、サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師及び医療機関等への連絡体制の確保に努めるものとします。
4. ゆたかは、利用者に対するサービスの提供内容について記録を作成し、サービス実施日の終了時ごとに利用者又はそのご家族等による確認を受けるものとします。また、作成したサービス実施記録及び各種介護計画書は、2年間これを保存し、利用者又はその連帯保証人の請求に応じてこれを開示するものとします。

## (緊急時の対応)

### 第21条

従業者は、通所介護を提供中に、利用者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに救急隊、主治医、協力医療機関に連絡する等の必要な措置を講じるとともに、当事業所の管理者に報告するものとします。

## (事故発生時の対応)

### 第22条

当事業所は、利用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、利用者がお住まいの市区町村、ご家族、利用者にかかる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

## (非常災害等対策)

### 第23条

ゆたかは、非常災害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体制を整備し、それらを定期的に当事業所の従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

(その他留意事項)

第24条

1. 利用者及びそのご家族は、本契約で定められた業務以外の事項に従業者に依頼することはありません。
2. 従業者は、サービスに伴い、医療行為を行うことはできません。
3. 利用者の担当となる従業者の選任及び変更は、利用者に適正かつ円滑にサービスを提供するため、ゆたかが行うものとし、利用者が従業者を指名することはありませんので、予めご了承ください。
4. 利用者が、担当の従業者の変更を希望する場合には、業務上不適当と判断される事由を明らかにして、事業所までお申し出ください。但し、業務上不適当とされる事由が無いと判断される場合には、従業者の変更を致しかねる場合がございます。
5. 訪問予定時間は、交通事情等により前後することがありますので、予めご了承ください。
6. サービス提供の際の事故及びトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
  - ①従業者は、現金、預金通帳、キャッシュカード、印鑑、年金証書その他有価証券等は、一切お預かりすることができませんので、予めご了承ください。
  - ②現金や貴重品は、事業所内に放置せず、目に見えない場所や金庫等に保管してください。現金及び貴重品は、利用者の責任で管理して頂きます。
  - ③従業者に対する贈り物や飲食等のご配慮は、ご遠慮させていただきます。

(苦情等窓口)

第25条

サービスに関する相談、苦情及び要望等（以下、「苦情等」とします。）については、下記の窓口にて対応致します。苦情等については真摯に受け止め、誠意を持って問題の解決に臨み、対応内容は、これを記録及び保存し、常に居宅サービス事業者としてサービスの質の向上に努めるものとしてします

(1) サービス提供事業所苦情等窓口

苦情受付担当者	当事業所の従業者 豊田 祥之
苦情受付責任者	当事業所の管理者 豊田 祥之
受付時間	午前8時30分～午後5時30分（休業日を除く）
電話番号	0288-25-6017

(2) 当事業所以外の苦情窓口

管理者の携帯	
受付時間	24時間対応
電話番号	080-8166-6765

(3) ゆたか以外の相談窓口

市区町村	受付窓口	高齢福祉課
	電話番号	21-5100

国保連等	受付窓口	栃木県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護サービス担当
	電話番号	028-643-2220

(個人情報の使用等及び秘密の保持)

第26条

1. ゆたか及びその従業者は、利用者及びそのご家族の個人情報を、次に掲げるサービス提供のために必要な範囲内において、使用、提供又は収集（以下、「使用等」とします。）させて頂くとともに、利用者及びそのご家族は、予めこれに同意するものとします。なお、個人情報の利用目的を変更する場合には、予め通知又は公表するものとします。
  - ①利用者にサービスを提供するために必要な場合。
  - ②利用者に関わる居宅サービス計画及び介護計画の立案、作成及び変更に必要な場合。
  - ③サービス担当者会議その他介護支援専門員及び関係サービス事業所との情報共有及び連絡調整等のため必要な場合。
  - ④利用者が医療サービスの利用を希望され、主治医の意見を求める必要のある場合。（予め担当の従業者により連絡先を確認させていただきます。）
  - ⑤利用者の容態の変化等に伴い、ご親族、医療機関及び行政機関等に緊急連絡を要する場合。
  - ⑥行政機関の指導又は調査を受ける場合。
  - ⑦サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による評価を受ける場合。
2. ゆたかは、利用者及びそのご家族の個人情報に関して、利用者から開示又は訂正の要求がある場合には、所定の方法に従い、開示又は訂正するものとします。
3. ゆたか及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びそのご家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、従業者退職後及び本契約終了後も同様とします。

第27条

提供するサービスの第三者評価の実施状況  
当事業所では実施していません。

※ゆたかは、利用者又はそのご家族に対し、本サービス重要事項説明書により重要事項について説明し、利用者及びそのご家族はサービスの提供開始、重要事項等について同意しました。

説明日 令和 年 月 日

<ご契約者> 住所

氏名

<署名代行人> 住所

氏名

<ご家族> 住所

氏名

(お客様との続柄.....)

<サービス提供事業所>

住所 栃木県日光市瀬尾250-1

名称 ゆたかりハビリステーション

説明者 豊田 祥之