

総合事業・地域密着型通所介護重要事項説明書

(2025年 4 月 1 日 現在)

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 042-533-3620 (午前8:30～午後5:15)

担当 奈良寛明(管理者) 柴田 卓(生活相談員)

※ご不明な点はお問い合わせください。

2. 株式会社 HIDAMARI (リハビリデイサービス 陽だまり村) の概要

名称 株式会社 HIDAMARI(リハビリデイサービス 陽だまり村)

所在地 東京都あきる野市野辺578-1

事業者番号

(1) 職員の体制

	資格	常勤 (男) (女)	非常勤 (男) (女)	計 (男) (女)
管理者兼 生活相談員		1名 1名 0名	0名 0名 0名	1名 1名 0名
生活相談員	社会福祉主事	1名 1名 0名	1名 1名 0名	2名 2名 0名
機能訓練指導 員兼 看護職員	看護師	0名 0名 0名	3名 0名 3名	3名 0名 3名
介護職員		1名 0名 1名	3名 3名 名	4名 3名 1名
事務職員		0名 0名 0名	1名 0名 1名	1名 0名 1名

(2) 当施設の設備等

定員	午 前 ・ 午 後 各16名	静養室	1室1床
食堂兼機能訓練室	1室 56.79㎡	相談室	1室

(3) 営業時間 (8:30～17:15)

利用時間 月～土曜日 午前の部 9:00～12:00

午後の部 13:30～16:30

(4) 定休日

日曜日、祝祭日、年末年始

3. 提供するサービス

運動指導（筋力トレーニングと軽運動による日常動作訓練）、生活相談等を行っております。当施設では入浴・食事のサービスは提供しておりません。あらかじめご了承ください。

4. 利用料金（介護保険負担割合証に2割と3割と記入されている方はこの金額の2倍と3倍になります。）

（1） 要支援 1・2の認定を受けている方

	1ヶ月あたりの利用料（単位）	介護保険を利用した時の 1ヶ月あたりの自己負担額
要支援1	18,789円（1,798単位）	1,879円
要支援2	37,839円（3,621単位）	3,784円

*上記料金の他に科学的介護推進体制加算（40単位/月）が加算されます。

*利用料金には地域加算10.45倍で算出しております。

（2） 要介護 1～5の認定を受けている方

	1日あたりの利用料（単位）	介護保険を利用した時の 1日あたりの自己負担額
要介護1	4,347円（416単位）	435円
要介護2	4,995円（478単位）	500円
要介護3	5,643円（540単位）	564円
要介護4	6,270円（600単位）	627円

*上記料金の他に個別機能訓練加算(Ⅰ)イ（56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）が加算されます。

*ADL維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ)（30単位/月・60単位/月）については、一定期間要介護の認定を受けたご利用者のADL値(日常生活動作の自立度)を評価・集計した結果、状態を良好に維持・改善出来ているという結果が得られた場合に加算されます。

*利用料金には地域加算10.45倍で算出しております。

5. 利用料金のお支払い方法

口座振替による支払いとなります。

口座振替予定日は25日以降となります。

入金の確認が取れましたら、請求書兼領収書を発行致します。

口座振替手数料100円がかかります。

6. サービスの終了について

(1) 利用者様の都合でサービス提供を終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに、文書にてお申しください。
また、担当のケアマネジャーへのご連絡も併せてお願いいたします。

(2) 施設の都合でサービスを終了する場合

人員不足など、やむを得ない事情によりサービスの提供が困難になる場合に
サービス提供の終了をさせていただく場合がございます。その場合は、終了 1
ヶ月前までに文書にて通知いたします。

(3) 自動的にサービスが終了する場合

利用者様が介護保険施設等に入所した場合や、利用者様の要介護認定区分が
「自立」と認定された場合は、自動的にサービス提供を終了いたします。

(4) その他

当施設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に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、また、
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り、すぐに
サービス提供を終了することができます。利用者様がサービス料金の支払い
を 1 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 30 日以内
にお支払いがない場合、また、利用者様やご家族様などが当施設や当施設の
スタッフ、他の利用者様に対して本契約を継続しがた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提供を終了させていた
だく場合がございます。

7. ご利用にあたっての留意事項

(1) サービス提供について

当施設では入浴・食事のサービスを提供しておりません。ご理解のほどよろ
しくお願いいたします。

(2) 体調の確認

平常時と来所持の状態（体温・血圧）で確認いたします。また、利用者様ご
自身に問診表への記入をしていただく場合もございます。

(3) 体調不良などによる中止・変更

体調確認をさせていただいた上で長時間のサービス利用が困難であると思わ
れる場合、サービスのご利用を中止・変更させていただく場合もございます。
また、デイサービスは多くのお客様にご利用いただく施設ですので、感染症
の発症が判明した場合、一時的にサービスのご利用を中止させていただくこ
ともございます。

8. 緊急時の対応

(1) 事故発生時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合は市区町村、利用者様にかかわる居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等に連絡をするとともに、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

(2) 容体の変化時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、利用者様を担当する居宅介護支援事業者または地域包括支援センター等へ連絡をいたします。

9. 非常災害対策

- ・防災時の対応 通報、初期消火、非難誘導担当の指示に基づき対処します。
- ・防災設備 消火器、水ばけつ
- ・防災訓練 年1回、施設職員と利用者に対し防災訓練を実施します。
- ・防災責任者 管理者 奈良寛明

10. サービス内容に関する苦情

- (1) 当施設 管理者・生活相談員 電話番号：042-533-3620
- (2) 市の相談・苦情窓口 あきる野市役所 電話番号：042-558-1111
- (3) 東京都国民健康保険団体連合会 電話番号：03-6238-0207

11. サービスの第三者評価の実施状況について 実施の有無 (無)

12. 虐待防止に関する事項 担当者 管理者 奈良寛明

13. 当社の概要

- (1) 名称 株式会社 HIDAMARI
- (2) 代表者役員・氏名 代表取締役 柴田 卓
- (3) 本社所在地 東京都あきる野市雨間753番地16
- (4) 本社電話番号 042-533-3570
- (5) 実施事業 (総合事業・地域密着型通所介護)

緊急時連絡先

ご家族	氏名	続柄	
	住所		
	電話番号		
主治医	病院名又は診療所名		
	医師名		
	住所		
	電話番号		

緊急やむを得ない身体的拘束に関する説明書

様

- 1 あなたの状態が下記の ABC をすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間帯において最小限度の拘束を行います。
- 2 ただし、解除することを目標に日々の様子を記録し、身体拘束適正化委員会で具体的に鋭意検討を行うことを約束致します。

記

上記のとおり実施致します。

令和 年 月 日

A 切迫性 利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い B 非代替性 身体拘束を行う以外に代替する介護方法がない C 一時性 身体拘束が一時的なものである	
拘束が必要となる理由 (個別の状況)	
拘束の方法 (場所、行為(部位・内容))	
拘束の時間帯及び時間	
特記すべき心身の状況	
拘束開始及び解除の予定	開始予定 令和 年 月 日 時 から 解除予定 令和 年 月 日 時 まで

法人代表(役職名) 印

記録者(役職名) 印

(利用者・家族の記入欄)

上記の件について、説明を受け、確認しました。

令和 年 月 日

入居者 印

対応者氏名(本人との続柄) 印

個人情報に関する同意書

当施設は、必要な範囲において個人情報を取り扱い致します。
尚、利用者様・ご家族から取得した個人情報を以下の目的のために利用します。

- (1) 当施設サービス提供のため
- (2) 利用者様へのサービス提供について他の事業所と連携するため（サービス担当者会議等）
- (3) 利用者様及びそのご家族へのサービス料金のご請求やその他のご連絡のため
- (4) 利用者様及びそのご家族等に当施設サービスをご案内するため
- (5) 請求データ処理等のため
- (6) 統計データへの利用のため（ただし、個人を特定できるよう利用は一切致しません。）
- (7) 緊急時に医療機関等へ連絡するため

私は、上記に記載する個人情報の利用目的について同意します。

年 月 日

利用者様 住所_____

氏名_____ 印

家族代表者様 住所_____

氏名_____ 印

リハビリデイサービス陽だまり村

<個人情報問い合わせ窓口>

TEL 042 (533) 3620

受付時間 月～土 8：30～17：15

（開示などの請求は上記窓口で承ります）

契約をする場合は以下の確認をすること

年 月 日

地域密着型通所介護・総合事業の提供開始にあたり、利用者様に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	東京都あきる野市野辺 578-1
	名称	株式会社 HIDAMARI リハビリデイサービス陽だまり村
	説明者	氏名 _____ 印

私は契約書および本書面により、事業者から地域密着型通所介護・総合事業についての重要事項説明を受けました。

利用者様	住所 _____
	氏名 _____ 印
(代理人)	住所 _____
	氏名 _____ 印

総合事業・地域密着型通所介護契約書

様 (以下、利用者といいます。)

利用者と「リハビリデイサービス陽だまり村」(以下、「事業者」といいます。)
は、事業者が利用者に対して行う通所介護について、次のように契約します。

第1条 (契約の目的)

事業者は利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、利用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通所介護を提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条 (契約期間)

この契約の契約期間は、 年 月 日から利用者の要介護認定または要支援認定の有効期間満了日までとします。

第3条 (地域密着型通所介護計画)

事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて「居宅サービス計画」に沿って「地域密着型通所介護計画」を作成します。事業者はこの「地域密着型通所介護計画」の内容を利用者及び家族に説明します。

第4条 (通所介護の提供場所・内容)

通所介護の提供場所は当事業所です。所在地及び設備の概要は「重要事項説明書」のとおりです。

事業者は、第3条に定めた通所介護計画に沿って通所介護を提供します。また、事業者は通所介護の提供にあたり、その内容について利用者に説明します。

利用者は、サービス内容の変更を希望する場合、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は可能な限り利用者の希望に添うようにします。

第5条 (サービスの提供の記録)

事業者は、通所介護の実施ごとに、サービスの内容等をこの契約書と同時に交付する書式の記録票に記入し、サービスの終了時に利用者の確認を受けることとします。利用者の確認を受けた後、その控えを利用者に交付します。

事業者はサービス提供記録を作成することとし、この契約の終了後2年間保管します。

利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関するサービス実施記録を閲覧できます。

利用者は当該利用者に関するサービス実施記録の複写物の交付を希望により受け取ることができます。

第6条（料金）

利用者は、サービスの対価として「重要事項説明書」に定める利用単位毎の料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。

事業者は、当月の料金の合計額を請求書に明細を付して、翌月15日前後に利用者のお渡しします。

利用者は、当月の料金の合計額を翌月末日までに支払います。

事業者は、利用者から料金の支払いを受けた時には、利用者に対して領収証を発行します。

第7条（サービスの中止）

利用者は、事業者に対して、サービスの提供日の前日午後5時15分まで（前日が休業日の場合は休業日の前日5時15分まで）に通知をすることにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。

事業者は、利用者の体調不良等の理由により、通所介護の実施が困難と判断した場合、サービスを中止することができます。

第8条（料金の変更）

事業者は、利用者に対して、1ヶ月前までに文書で通知することにより利用料の単価の変更（増額又は減額）を申し入れることができます。

利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく「契約書別紙」を作成し、お互いに取り交わします。

利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

第9条（契約の終了）

利用者は事業者に対して、1週間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解除することができます。

事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して1ヶ月間の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- ①事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合。
- ②事業者が守秘義務に反した場合。
- ③事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合。
- ④事業者が破産した場合。

次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこ

の契約を解約することができます。

- ①利用者のサービス利用料金の支払いが1ヶ月以上遅延し料金を支払うように催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合
 - ②利用者が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により、2ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
 - ③利用者又はその家族が事業者やサービス従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
- 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ①利用者が介護保険施設に入所した場合
- ②利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ③利用者が死亡した場合

第10条（秘密保持）

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者にもらしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。

事業者は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、当該家族の個人情報を用いません。

第11条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

第12条（緊急時の対応）

事業者は、現に通所介護の提供を行っている時に利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

第13条（連携）

事業者は通所介護の提供にあたり、介護支援専門員及び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に努めます。

事業者は、この契約書の写しを介護支援専門員に速やかに送付します。

事業者は、この契約の内容が変更された場合またはこの契約が終了した場合は、その内容を記した書面の写しを速やかに介護専門員に送付します。なお、第9条に基づいて解約通知をする際は事前に介護支援専門員に連絡します。

第14条（相談・苦情）

事業者は、利用者からの相談や苦情などに対応する窓口を設置し、通所介護に関する利用者の要望や苦情に対し、迅速に対応します。

第15条（本契約に定めのない事項）

利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議の上定めます。

第16条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

契約者氏名 _____

〔事業者〕

事業者名 : 株式会社 HIDAMARI リハビリデイサービス陽だまり村
住所 : 東京都あきる野市野辺 578-1
代表者名 : 代表取締役 柴田 卓 印

〔利用者様〕

住所 : _____

氏名 : _____ 印

〔代理人〕

住所 : _____

氏名 : _____ 印