

「地域密着型通所介護及び第一号通所事業」

重要事項説明書

当事業所「美と健康 あかみ倶楽部」は
介護保険の指定を受けています。
(栃木県指定 第 0970401766 号)

当事業所は、ご利用者に対して地域密着型通所介護及び指定介護予防通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを、次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。
要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間.....	3
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	4
6. 苦情の受付について.....	6
7. 事故発生時の対応について.....	7
8. 身体拘束等の禁止	
9. 業務継続計画の策定	
10. ハラスメント対策の強化	

1. 事業者

- (1) 法人名 合同会社 美と健康コーポレーション
- (2) 法人所在地 栃木県佐野市田沼町 64
- (3) 電話番号 0283-86-8310
- (4) 代表者氏名 代表社員 山崎正勝
- (5) 設立年月日 平成 25 年 1 月 29 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類
 - 指定通所介護（介護予防通所介護）事業所
平成 25 年 3 月 1 日指定
栃木県 0970401766 号
 - 地域密着型通所介護
平成 28 年 4 月 1 日みなし指定
 - 第一号通所介護 通所型相当サービス
平成 29 年 4 月 1 日みなし指定
- (2) 事業所の目的 美と健康 あかみ倶楽部（以下「あかみ倶楽部」という。）が行う地域密着型通所介護及び指定介護予防通所介護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、あかみ倶楽部の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員（以下「サービス従事者」という。）が、要介護状態及び要支援状態、総合事業対象者である高齢者（以下「要介護者等」という。）に対し適正な通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 美と健康 あかみ倶楽部
- (4) 事業所の所在地 栃木県佐野市小見町 411 番 1
- (5) 電話番号 0283-55-4450
- (6) 事業所長（管理者）氏名 山崎 利恵
- (7) 事業所の運営方針 あかみ倶楽部のサービス従事者は、利用者の心身の状況等を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的かつ精神的な負担の軽減を図るものとします。
- (8) 開設年月日 平成 25 年 3 月 1 日
- (9) 利用定員 15 名

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 佐野市

(2) 営業日及び営業時間

営 業 日	月～土 (但し 12 月 31 日～1 月 3 日を除く)
営 業 時 間	月～土 8 : 30～17 : 30
サービス提供時間	月～土 8 : 45～17 : 15

* 基本的なサービス提供時間は、9 : 15～12 : 25 / 13 : 30～16 : 40 とさせていただいておりますが、5h-7h、7h-9h の単位でもお受けできますので、時間の調整も合わせてご相談ください。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護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。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	人 数
事業所長（管理者）	1 名以上
介護職員	1 名以上
生活相談員	1 名以上
看護職員	1 名以上
機能訓練指導員	1 名以上
歯科衛生士	1 名以上

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤 務 体 制
介護職員	勤務時間： 8 : 30～17 : 30
生活相談員	勤務時間： 8 : 30～17 : 30
機能訓練指導員	勤務時間： 8 : 30～17 : 30
歯科衛生士	勤務時間： 9 : 00～16 : 00

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用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から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の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 9 割もしくは、8 割、7 割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 入浴

- ・ ナノ入浴を使用した、快適で安楽な入浴を提供します。
- ・ 通常の個別浴もあり、利用者にあった入浴を提案します。
- ・ 完全個別浴で、基本として同性介助を行います。

② 排泄

- ・ ご利用者の排泄の介助を行います。

③ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復又はその低下を防止するための訓練を実施します。

④送迎サービス

- ・ ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

＜サービス利用料金（1回あたり）＞

下記の料金表によって、ご利用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（自己負担額）と諸費用実費等の合計金額をお支払い下さい。

（サービス①～④の利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

<介護給付利用料金>

地域密着型通所介護	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本単位 3 時間～4 時間	416	478	540	600	663
基本単位 4 時間～5 時間	436	501	566	629	695
基本単位 5 時間～6 時間	657	776	896	1013	1134
基本単位 6 時間～7 時間	678	801	925	1049	1172
基本単位 7 時間～8 時間	753	890	1032	1172	1312
基本単位 8 時間～9 時間	783	925	1072	1220	1365
入浴介助加算Ⅱ	55 (算定できない場合、入浴介助加算Ⅰ：40 単位へ変更あり)				
口腔機能向上加算	150				
若年性認知症利用者 受入加算	60				
科学的介護推進体制加算	40				
介護職員処遇改善加算 Ⅱ ロ	所定単位数に <u>12.5%</u> 乗じた単位数				

単位表示

令和 8 年 6 月 1 日 改定

＜予防給付利用料金＞

介護予防通所介護費	事業対象者・要支援 1	要支援 2
基本料金	1 7 9 8 / 月	3 6 2 1 / 月
介護職員処遇改善加算Ⅱロ	所定単位数に <u>12.5%</u> 乗じた単位数	
科学的介護推進体制加算	40	
口腔機能向上加算	1 5 0 / 回	
若年性認知症利用者 受入加算	2 4 0 / 月	

単位表示

令和 8 年 6 月 1 日 改定

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

＜実費料金＞

お弁当代	650 円
おやつ代	200 円
不織布シーツ代 （ナノ入浴使用時のみ）	100 円
洗濯代	200 円

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されていない場合も償還払いとなります。

償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご利用者に提供する介護保険外のサービス利用料等は別途いただきます。（下記①～⑤参照）

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に応じて、ご利用者の負担額が変更となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 行事・レクリエーション活動

行事・レクリエーションの材料等にかかる費用です。

料金：事前に連絡、承諾を頂いた上で、都度かかった費用をいただきます。

② 通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

通常の事業実施区域を越えてから片道 1 k mにつき：2 0 円

※送迎を実施しない場合は片道 47 単位減じます。

③ 倶楽部活動

ご利用者の希望により倶楽部活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④ 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき：2 0 円

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代： 平 型 1 0 0 円（1 枚） / パンツ型 1 5 0 円（1 枚）

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

（3）利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、サービス利用終了後、翌月請求書をお渡ししてから、1 週間以内にご利用分の合計額をお支払い下さい。

（4）利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	0 円
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	500 円

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について

(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用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）

美と健康 あかみ倶楽部

T E L 0283-55-4450

F A X 0283-55-6355

[職名] 管理者

[氏名] 山崎 利恵

[受付時間] 毎週月曜日～金曜日

8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0

(2) 行政機関その他苦情受付機関

佐野市役所 介護保険課	所在地 電話番号 受付時間	佐野市高砂町 1 0283-20-3022 平日 8 : 30～17 : 15
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	宇都宮市本町 3 番地 9 号 栃木県本町合同ビル 6 階 028-643-2220 平日 9 : 00～16 : 00
栃木県社会福祉協議会	所在地 電話番号 受付時間	宇都宮市若草 1-10-6 栃木福祉プラザ 3F 028-622-0524 平日 9 : 00～17 : 00

7. 事故発生時の対応について

提供したサービスにより、事故が発生した場合は、市町村、当該利用者のご家族、当該利用者の居宅支援事業所に速やかに連絡を行い、必要な措置を行います。

8. 身体拘束等の禁止

事業者は、指定障害福祉サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下この条において「身体拘束等」という。）を行わないものとする。

2 事業者は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録するものとする。

3 事業者は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じるものとする。

一 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

二 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。

三 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

9. 業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定障害福祉サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務計画に従い必要な措置を講じるものとする。

2 事業者は、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するものとする。

① 業務継続研修及び訓練（感染症） 年2回

② 業務継続研修及び訓練（非常災害） 年2回

3 事業者は、定期的に業務継続の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

10. ハラスメント対策の強化

事業者は、適切な指定障害福祉サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

年 月 日

重要事項同意書

地域密着型通所介護及び指定介護予防通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に
基づき重要事項の説明及び交付を行いました。

美と健康 あかみ倶楽部

説明者職名

管理者

氏名 山 崎 利 恵

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明及び交付を受け、地域密着型通所介
護及び指定介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名

署名代行者（契約者との続柄： ）

住 所

氏 名

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、
利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

附則

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| ・平成 30 年 4 月 1 日 改訂 | (介護保険法改訂に伴う、報酬単価の変更) |
| ・平成 30 年 12 月 11 日 改訂 | (行政機関連絡先変更) |
| ・平成 31 年 4 月 1 日 改訂 | (管理者の変更) |
| ・令和 4 年 10 月 1 日 改訂 | (所在地の変更、加算の追加) |
| ・令和 6 年 4 月 1 日 改訂 | (介護保険法改訂に伴う、報酬単価の変更) |
| ・令和 7 年 9 月 1 日 改訂 | (8.9.10 追加) |