

地域密着型通所介護事業所  
重要事項説明書兼【契約書別紙】  
(令和 6年 6月 1日現在)

第1 基本方針

ご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、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、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ご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

第2 事業所の概要

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| 事業所名      | 道 志 茶 屋              |
| 所在地       | 山梨県南都留郡道志村7710番地     |
| 提供サービス    | 地域密着型通所介護            |
| 事業所番号     | 1991300177           |
| 管理者及び連絡先  | 山 口 亜 希 0554-52-1611 |
| 通常の事業実施地域 | 道 志 村                |

第3 事業所の職員体制

|         | 員数   | 業務内容                        |
|---------|------|-----------------------------|
| 管理者     | 1名   | 職員及び業務の管理                   |
| 生活相談員   | 1名以上 | サービスの調整・相談<br>地域密着型通所介護計画作成 |
| 看護職員    | 1名以上 | 保健衛生及び看護業務                  |
| 介護職員    | 2名以上 | 日常生活介護業務                    |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 | 機能訓練                        |

第4 設備の概要

|     |                 |           |    |
|-----|-----------------|-----------|----|
| 定員  | 18名             | 機能訓練室及び食堂 | 1室 |
| 静養室 | 1室              | 相談室       | 1室 |
| 浴室  | 一般浴槽と特殊浴槽があります。 |           |    |

第5 営業日、営業時間及びサービス提供時間

|          |                                    |
|----------|------------------------------------|
| 営業日      | 毎週月曜日から金曜日（ただし、12月31日から1月3日までを除く。） |
| 営業時間     | 午前8時30分から午後5時30分                   |
| サービス提供時間 | 午前9時30分から午後4時30分                   |

第6 第三者評価の実施状況 第三者評価の実施なし

第7 サービス内容

1 日常生活上の援助

日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行います。

- (1) 排泄介助
- (2) 移動介助
- (3) その他必要な身体の介護
- (4) 養護（休養）

2 健康状態の確認

3 機能訓練サービス

ご利用者が日常生活を営むのに必要な機能の向上、減退を防止するための訓練並びにご利用者の心身の活性化を図るための各種サービス（アクティビティ・サービス）を提供します。

- (1) 日常生活動作に関する訓練（リハビリマシーンを使った機能訓練）
- (2) レクリエーション(アクティビティ・サービス)
- (3) グループワーク
- (4) 行事的活動
- (5) 体操
- (6) 趣味活動

#### 4 送迎サービス

障害の程度、地理条件により送迎を必要とするご利用者については専用車両により送迎を行います。また、必要に応じて送迎車両への昇降及び移動介助を行います。

#### 5 入浴サービス

- (1) 入浴形態
  - ア 一般浴槽による入浴
  - イ 特殊浴槽による入浴
- (2) 介助の種類(必要に応じて)
  - ア 衣類着脱
  - イ 身体の清拭、洗髪、洗身
  - ウ その他必要な介助

#### 6 食事サービス

- (1) 準備、後始末の介助
- (2) 食事摂取の介助
- (3) その他必要な食事の介助

#### 7 相談、助言等に関すること

ご利用者及びその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。

- (1) 日常生活動作に関する訓練の相談、助言
- (2) 福祉用具の利用法の相談、助言
- (3) その他必要な相談、助言

### 第8 利用料金 [地域密着型 通所介護費]

#### 1 介護保険給付対象サービス

ご利用者の要介護度に応じた基本サービス利用料金から介護保険から給付される額を除いた金額（自己負担額）に各種加算額を加えた額をお支払いください。

##### (1) 介護保険負担割合が1割の方

(1日あたり)

単位 (円)

| ご利用者の要介護度       | 要介護1  | 要介護2  | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
|-----------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 要介護度別基本サービス利用料金 | 7,530 | 8,900 | 10,320 | 11,720 | 13,120 |
| 内、介護保険から給付される金額 | 6,777 | 8,010 | 9,288  | 10,548 | 11,808 |
| 自己負担額           | 753   | 890   | 1,032  | 1,172  | 1,312  |

なお、事業所が送迎を行わない場合は、上記の自己負担額から、片道につき47円を減額いたします。

##### ア 加算

(ア) 入浴介助加算：ご利用者の入浴介助（観察を含む）を行った場合に、1日あたり40円を別途お支払いいただきます。

(イ) 個別機能訓練加算（Ⅰ）：ご利用者が機能訓練を行った場合に、1日あたり56円を別途お支払いいただきます。

(ウ) 個別機能訓練加算（Ⅱ）：個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出、適切なサービス提供のために必要な情報を活用している場合、(イ)に加え1月につき20円が加算されます。

(エ) 若年性認知症利用者受入加算：若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1日あたり60円を別途お支払いいただきます。

(オ) 口腔機能向上加算（Ⅱ）：口腔機能改善管理指導計画を作成し、計画に従って口腔機能向上サービスを実施し、その情報を厚生労働省に提出したうえで口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合、1月に2回を限度として1回160円/月が加算さ

れます。

- (カ) 科学的介護推進体制加算：ご利用者ごとの日常生活動作の値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の基本的な情報を厚生労働省に提出しており、かつ必要に応じて地域密着型通所介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たり上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合、1月あたり40円が加算されます。
- (キ) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：1日あたり18円を別途お支払いいただきます。
- (ク) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：1日あたりの自己負担額（基本サービス費に各種加算を加えた総額）に9.2%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

※ 提供サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割をお支払いいただきます。但し、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には、一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

## (2) 介護保険負担割合が2割の方

(1日あたり)

単位 (円)

| ご利用者の要介護度       | 要介護1  | 要介護2  | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
|-----------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 要介護度別基本サービス利用料金 | 7,530 | 8,900 | 10,320 | 11,720 | 13,120 |
| 内、介護保険から給付される金額 | 6,024 | 7,120 | 8,256  | 9,376  | 10,496 |
| 自己負担額           | 1,506 | 1,780 | 2,064  | 2,344  | 2,624  |

なお、事業所が送迎を行わない場合は、上記の自己負担額から、片道につき94円を減額いたします。

ア 加算

- (ア) 入浴介助加算：ご利用者の入浴介助（観察を含む）を行った場合に、1日あたり80円を別途お支払いいただきます。
- (イ) 個別機能訓練加算（Ⅰ）：ご利用者が機能訓練を行った場合に、1日あたり112円を別途お支払いいただきます。
- (ウ) 個別機能訓練加算（Ⅱ）；個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出、適切なサービス提供のために必要な情報を活用している場合、(イ)に加え1月につき40円が加算されます。
- (エ) 若年性認知症利用者受入加算：若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1日あたり120円を別途お支払いいただきます。
- (オ) 口腔機能向上加算（Ⅱ）：口腔機能改善管理指導計画を作成し、計画に従って口腔機能向上サービスを実施し、その情報を厚生労働省に提出したうえで口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合、1月に2回を限度として1回320円/月が加算されます。
- (カ) 科学的介護推進体制加算：ご利用者ごとの日常生活動作の値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の基本的な情報を厚生労働省に提出しており、かつ必要に応じて地域密着型通所介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たり上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合、1月あたり80円が加算されます。
- (キ) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：1日あたり36円を別途お支払いいただきます。
- (ク) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：1日あたりの自己負担額（基本サービス費に各種加算を加えた総額）に9.2%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

※ 提供サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の2割をお支払いいただきます。但し、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には、一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

## (3) 介護保険負担割合が3割の方

(1日あたり)

単位 (円)

| ご利用者の要介護度       | 要介護1  | 要介護2  | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
|-----------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 要介護度別基本サービス利用料金 | 7,530 | 8,900 | 10,320 | 11,720 | 13,120 |
| 内、介護保険から給付される金額 | 5,271 | 6,230 | 7,224  | 8,204  | 9,184  |
| 自己負担額           | 2,259 | 2,670 | 3,096  | 3,516  | 3,936  |

なお、事業所が送迎を行わない場合は、上記の自己負担額から、片道につき141円を減額いたします。

ア 加算

- (ア) 入浴介助加算：ご利用者の入浴介助（観察を含む）を行った場合に、1日あたり120円を別途お支払いいただきます。
- (イ) 個別機能訓練加算（Ⅰ）：ご利用者が機能訓練を行った場合に、1日あたり168円を別途お支払いいただきます。
- (ウ) 個別機能訓練加算（Ⅱ）；個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出、適切なサービス提供のために必要な情報を活用している場合、（イ）に加え1月につき60円が加算されます。
- (エ) 若年性認知症利用者受入加算：若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1日あたり180円を別途お支払いいただきます。
- (オ) 口腔機能向上加算（Ⅱ）：口腔機能改善管理指導計画を作成し、計画に従って口腔機能向上サービスを実施し、その情報を厚生労働省に提出したうえで口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合、1月に2回を限度として1回480円/月が加算されます。
- (カ) 科学的介護推進体制加算：ご利用者ごとの日常生活動作の値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の基本的な情報を厚生労働省に提出しており、かつ必要に応じて地域密着型通所介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たり上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合、1月あたり120円が加算されます。
- (キ) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：1日あたり54円を別途お支払いいただきます。
- (ク) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：1日あたりの自己負担額（基本サービス費に各種加算を加えた総額）に9.2%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

※ 提供サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の3割をお支払いいただきます。但し、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には、一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

2 介護保険給付対象外サービス

|                   |                                   |        |            |
|-------------------|-----------------------------------|--------|------------|
| 食費                | 昼食650円/1食                         |        |            |
| 交通費<br>(通常の実施地域外) | 通常の実施地域を越えた地点から                   |        |            |
|                   | 片道 5km以上                          | 10km未満 | 1回につき 150円 |
|                   | 片道 10km以上                         | 1kmにつき | 15円を加算     |
| オムツ代              | 実費                                |        |            |
| その他の費用            | その他、ご利用者の方が負担する事が適当と認められる費用<br>実費 |        |            |

※ 上記、介護保険給付対象外サービスは、利用料全額をお支払いいただきます。

3 キャンセル料

ご利用者の都合等でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

|                              |          |
|------------------------------|----------|
| 利用日当日の午前8時30分までに連絡いただいた場合    | なし       |
| 利用日当日の午前8時30分までに連絡いただけなかった場合 | 昼食代 650円 |

第9 利用料のお支払い方法

お支払い方法は現金支払い又は口座からの引き落としとさせていただきます。毎月、10日頃までに前月分の請求を致しますので、月末までにお支払いください。

お支払いをいただきますと、領収証を発行いたします。

口座からの引き落としはサービス提供月の翌月26日に指定の口座より引き落としさせていただきます。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更させていただきます。

第10 サービスの利用方法

## 1 ご利用の手続き

居宅介護支援事業者に居宅介護サービス計画を依頼している方は、担当の介護支援専門員にご相談ください。

※ 居宅介護支援事業者に居宅介護サービス計画を依頼していない方は、当事業所に直接ご相談ください。

## 2 利用終了の手続き

### (1) ご利用者のご都合で利用予定期間の途中で利用を終了する場合

ご利用者のご希望によりいつでも利用を終了できますので、担当の介護支援専門員にご相談ください。

### (2) 自動終了

以下の場合、自動的にサービスを終了いたします。

ア ご利用者が介護保険施設に入所した場合

イ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）、要支援1又は要支援2と認定された場合

ウ ご利用者がお亡くなりになった場合

### (3) その他

ア ご利用者が、サービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、ご利用者が入院もしくは病気等により、3か月以上にわたってサービスが利用できない状態にあることが明らかになった場合、又はご利用者やご家族等が当事業所又は当事業所の職員等に対して著しい背信行為を行った場合は、利用を終了させていただく場合があります。

イ やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖又は縮小する場合は、利用を終了させていただく場合がございます。

## 第11 事故発生時の対応

- 1 サービスの提供により事故が発生した場合、市町村、家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 2 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- 3 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。
- 4 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発防止策を講じます。

## 第12 サービス内容に関する相談・苦情

### 1 当施設における相談・苦情担当者

相談・苦情担当 相談員 山口 亜希 ・ 山口 由紀 ・ 奥秋 碧衣  
電話 0554-52-1611  
苦情解決責任者 理事長 相馬 秀守 電話 0554-23-0294

### 2 第三者委員

苦情を解決するにあたり、ご利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を行うため、第三者委員を設置しています。

第三者委員 鈴木 正宏氏 児童養護施設「くずはの森」 電話 0554-22-4806

第三者委員 杉本 晴彦氏 児童養護施設「くずはの森」 電話 0554-22-4806

### 3 その他下記にも苦情窓口が設置してあります。

#### (1) 山梨県国民健康保険団体連合会 相談窓口専用電話

(開設日 毎週水曜日 午前9時～午後4時)

電話 055-233-9201

#### (2) 道志村住民健康課 介護保険担当

(受付時間 午前8時30分～午後5時30分)

電話 0554-52-2113

## 第13 秘密保持に関すること

- 1 事業者は、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密・個人情報



報については、ご利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約期間中及び契約終了後、第三者に漏らしません。

- 2 事業者はあらかじめ文書によりご利用者及びそのご家族の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で情報提供をすることがあります。
- 3 居宅介護支援事業者等に対して、サービス担当者会議等を通じサービス提供に必要なご利用者及びそのご家族に関する情報を提供することがあります。

#### 第14 虐待の防止について

- 1 虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。
  - (1) 虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会を設置し、定期的開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
  - (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
  - (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
  - (4) 上記の措置を適切に実施するための担当者を置きます。

#### 第15 身体的拘束等について

- 1 ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- 2 やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に同意を得た上で、必要最小限の範囲で行うこととします。その場合は、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

#### 第16 緊急時の対応方法について

- 1 サービス提供中にご利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに予め指定された連絡先、主治医等連絡し、適切な措置を講じます。
- 2 緊急時に備え、緊急時マニュアル等を作成し、従業員へ周知徹底を図るとともに、速やかに主治医等へ連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法を予め定めます。

#### 第17 衛生管理及び感染症対策について

- 1 ご利用者が使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- 2 感染症が発生し、又はまん延しないように、次の措置を講じます。
  - (1) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
  - (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
  - (3) 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

#### 第18 業務継続計画の策定等について

- 1 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じます。
- 2 職員に対し、当該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実施します。
- 3 定期的当該計画の見直しを行い、必要に応じて当該計画の変更を行います。

#### 第19 非常災害対策

- 1 防災時の対応 道志茶屋消防計画等に基づき対応いたします。
- 2 防災設備 自動火災報知器、非常警報器具、非常通報装置、スプリンクラー設備、誘導灯、消火器
- 3 防災訓練 年2回避難訓練を実施いたします。
- 4 防火管理者 管理者 山口 亜希

第20 地域との連携等について

- 1 サービスの提供に当たっては、ご利用者、ご利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する方等により構成される運営推進会議を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。
- 2 運営推進会議についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。

第21 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 平成福祉会  
代表者役職・氏名 理事長 相馬 秀守  
所在地・電話番号 山梨県大月市大月町真木4660番地  
0554-23-0294

地域密着型通所介護の利用に先立ち、ご利用者又はそのご家族に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 住所 山梨県南都留郡道志村7710番地  
名称 道志茶屋  
代表者 管理者 山口 亜希 印  
説明者 山口 亜希 印

私は、本書面により、事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受け、内容に同意しますとともに、この書面が契約書の別紙であることを承諾します。

ご利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(署名者) 本人 ・ 代筆(者) \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_

代筆理由 身体的 ・ 精神的 ・ その他(下記に具体的に記載)

\_\_\_\_\_

(ご家族等) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

本人との関係 \_\_\_\_\_