

指定通所介護  
第 1 号通所介護  
日常生活支援総合事業  
【重要事項説明書】

(株)しみずの里  
デイサービスセンター しみずの里

## 重要事項説明書（通所介護）

（令和 6 年 11 月 18 日改定版）

利用者に対する指定通所介護サービスまたは第 1 号通所介護サービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者（又は利用者の家族）に説明すべき重要事項は、次のとおりです。わからない事、わかりにくい事があれば遠慮なく質問して下さい。

### 1. 事業者

|                |                                          |
|----------------|------------------------------------------|
| 主たる事業所の<br>所在地 | 〒960-8253<br>福島市泉字清水内 3 番地               |
| 連絡先            | (TEL) 024-563-1695<br>(FAX) 024-555-6260 |
| 事業者名           | 株式会社しみずの里                                |
| 代表者名           | 代表取締役 伊東 和希子                             |

### 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所  
第 1 号通所介護  
日常生活支援総合事業  
・2019 年 4 月 1 日指定  
※当事業所は、サービス付き高齢者向け住宅しみずの里  
に併設されています。
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、通所介護サービス・第 1 号通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 株式会社しみずの里  
デイサービスセンター しみずの里
- (4) 事業所の所在地 福島市泉字清水内 3 番地 4
- (5) 電話番号 024-563-1695
- (6) FAX 番号 024-555-6260
- (7) 事業所長（管理者） 吉沢 智恵
- (8) 開設年月日 2019 年 4 月 1 日
- (9) 利用定員 1 日あたり 20 名

### 3. 設備の概要

当事業所では以下の設備をご用意しています。

| 設備の種類 | 数 | 備 考        |
|-------|---|------------|
| 食 堂   | 1 | キッチン設置     |
| 静 養 室 | 1 |            |
| 相 談 室 | 1 |            |
| 事 務 室 | 1 | スタッフコーナー   |
| 浴 室   | 1 | 一人用浴槽、機械浴槽 |
| 便 所   | 3 |            |

※上記は、厚生労働省が定める基準により、通所介護事業所に設置が義務付けられている設備です。

### 4. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 福島市

(2) 営業日及び営業時間

|          |                                               |
|----------|-----------------------------------------------|
| 営 業 日    | 月曜日～金曜日<br>但し、12月29日から1月3日までを除く<br>(土・日曜日は休業) |
| 営 業 時 間  | 月曜日～金曜日 8:30～17:30                            |
| サービス提供時間 | 月曜日～金曜日 9:00～16:10                            |

### 5. 職員体制

(1) 管理者1名(常勤)

管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。

(2) 従業者

生活相談員1名以上(常勤専従1名)

看護職員1名以上(常勤専従・非常勤兼務1名以上、機能訓練指導員と兼務可能)

介護職員1名以上(常勤専従・非常勤専従1名以上)

機能訓練指導員1名以上(非常勤兼務1名以上、看護職員と兼務可能)

従業者は、指定通所介護及び総合事業の提供に当たる。

(3) その他

事務職員1名以上(非常勤専従)

調理職員1名以上(非常勤専従)

## 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して総合事業計画または通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、アクティビティ、その他必要な介護等を行います。

利用料金として

(1) 利用料金の9～7割が介護保険から給付される場合

(2) 利用料金の全額をご契約者にご負担いただく場合

があります。

(1) 指定通所介護事業の対象となるサービス（契約書第4条参照）

(ア) 利用料金（基本部分）

| 提供時間<br>要介護度 | 基本単位          | 利用料<br>(円) | 利用者負担額(円) |       |       |
|--------------|---------------|------------|-----------|-------|-------|
|              |               |            | 1 割負担     | 2 割負担 | 3 割負担 |
| サービス         | 3 時間以上 4 時間未満 |            |           |       |       |
| 要介護 1        | 370           | 3700       | 370       | 740   | 1110  |
| 要介護 2        | 423           | 4230       | 423       | 846   | 1269  |
| 要介護 3        | 479           | 4790       | 479       | 958   | 1437  |
| 要介護 4        | 533           | 5330       | 533       | 1066  | 1599  |
| 要介護 5        | 588           | 5880       | 588       | 1176  | 1764  |
| サービス         | 4 時間以上 5 時間未満 |            |           |       |       |
| 要介護 1        | 388           | 3880       | 388       | 776   | 1164  |
| 要介護 2        | 444           | 4440       | 444       | 888   | 1332  |
| 要介護 3        | 502           | 5020       | 502       | 1004  | 1506  |
| 要介護 4        | 560           | 5600       | 560       | 1120  | 1680  |
| 要介護 5        | 617           | 6170       | 617       | 1234  | 1851  |
| サービス         | 5 時間以上 6 時間未満 |            |           |       |       |
| 要介護 1        | 570           | 5700       | 570       | 1140  | 1710  |
| 要介護 2        | 673           | 6730       | 673       | 1346  | 2019  |
| 要介護 3        | 777           | 7770       | 777       | 1554  | 2331  |
| 要介護 4        | 880           | 8800       | 880       | 1760  | 2640  |
| 要介護 5        | 984           | 9840       | 984       | 1968  | 2952  |
| サービス         | 6 時間以上 7 時間未満 |            |           |       |       |
| 要介護 1        | 584           | 5840       | 584       | 1168  | 1752  |
| 要介護 2        | 689           | 6890       | 689       | 1378  | 2067  |
| 要介護 3        | 796           | 7960       | 796       | 1592  | 2388  |
| 要介護 4        | 901           | 9010       | 901       | 1802  | 2703  |
| 要介護 5        | 1008          | 10080      | 1008      | 2016  | 3024  |

| サービス  | 7 時間以上 8 時間未満 |       |      |      |      |
|-------|---------------|-------|------|------|------|
| 要介護 1 | 658           | 6580  | 658  | 1316 | 1974 |
| 要介護 2 | 777           | 7770  | 777  | 1554 | 2331 |
| 要介護 3 | 900           | 9000  | 900  | 1800 | 2700 |
| 要介護 4 | 1023          | 10230 | 1023 | 2046 | 3069 |
| 要介護 5 | 1148          | 11480 | 1148 | 2296 | 3444 |

(イ) 加算・減算部分

| 加算の種類        | 加算の要件                                 | 単位数 | 加算額 (円)    |                              |
|--------------|---------------------------------------|-----|------------|------------------------------|
|              |                                       |     | 1 回あたりの利用料 | ご利用者負担分                      |
| 入浴介助加算 (Ⅰ)   | 入浴介助を行った場合 (1 日につき)                   | 40  | ¥400       | ¥40<br>(a:80 円、<br>b:120 円)  |
| 入浴介助加算 (Ⅱ)   | 医師等が利用者宅を訪問し浴室での動作及び浴室環境を評価する         | 55  | ¥550       | ¥55<br>(a:110 円、<br>b:165 円) |
| 個別機能訓練 (Ⅰ) 1 | 体制・人材要件を満たし、ご利用者への機能訓練を行った場合 (1 日につき) | 56  | ¥560       | ¥56<br>(a:112 円、<br>b:168 円) |
| 個別機能訓練 (Ⅰ) 2 |                                       | 76  | ¥760       | ¥76<br>(a:152 円、<br>b:228 円) |

| 加算の種類       | 加算の要件                         | 単位数 | 加算額 (円)    |                             |
|-------------|-------------------------------|-----|------------|-----------------------------|
|             |                               |     | 1 月あたりの利用料 | ご利用者負担分                     |
| 個別機能訓練 (Ⅱ)  | 計画書等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受ける | 20  | ¥200       | ¥20<br>(a:40 円、<br>b:60 円)  |
| 科学的介護推進体制加算 | 心身の状況等、基本的な情報を厚生労働省に提出する      | 40  | ¥400       | ¥40<br>(a:80 円、<br>b:120 円) |

|                                          |                            |
|------------------------------------------|----------------------------|
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）                            | 1ヶ月の利用料金<br>（単位数の総合計）の8.0% |
| 事業実施地域を超える場合                             | 1Kmを超えるごとに20円以上            |
| 事業が送迎を行わない場合                             | 片道 47 単位減算<br>往復 94 単位減算   |
| 同一建物減算<br>事業所と同一建物に居住する者に対して、サービスを提供した場合 | 94 単位減算/日                  |

※（）内は a が2割負担時、b が3割負担時の金額となります。

（ウ） その他の費用

|                  |      |
|------------------|------|
| 食費（昼食 1 回につき）    | 740円 |
| おやつ代             | 150円 |
| トロミ剤（1日につき）      | 100円 |
| オムツ（1枚につき）リハパン含む | 150円 |
| 尿取りパット（1枚につき）    | 50円  |
| レクリエーション材料費      | 実費   |
| その他日常生活において必要な費用 | 実費   |

サービス利用当日のキャンセルについては、当該利用予定日の食費相当額を徴収するものとします。また当日サービス利用中における食事のみのキャンセルについても同様としますので、ご了承下さい。

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。

(2) 第1号通所介護事業・日常生活支援総合事業の対象となるサービス  
(契約書第4条参照)

(ア) 利用料金(基本部分)

| 通所型<br>サービス<br>(独自) | ご利用者の<br>要支援度 | 単位数<br>(月間) | 1月あたりの<br>利用料 | ご利用者負担金 |        |         |
|---------------------|---------------|-------------|---------------|---------|--------|---------|
|                     |               |             |               | 1割負担    | 2割負担   | 3割負担    |
|                     | 要支援1          | 1798        | 17,980        | ¥1,798  | ¥3,596 | ¥5,394  |
|                     | 要支援2          | 3621        | 36,210        | ¥3,621  | ¥7,242 | ¥10,863 |

(イ) 加算・減算部分

| 加算の種類                                        | 加算の要件                    | 単位数                        | 加算額(円)        |                           |
|----------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------|---------------------------|
|                                              |                          |                            | 1月あたりの<br>利用料 | ご利用者<br>負担金               |
| 科学的介護推進<br>体制加算                              | 心身の状況等、基本的な情報を厚生労働省に提出する | 40                         | ¥400          | ¥40<br>(a:80円、<br>b:120円) |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)                                |                          | 1ヶ月の利用料金<br>(単位数の総合計)の8.0% |               |                           |
| 同一建物減算<br>事業所と同一建物に居住する者に対して、<br>サービスを提供した場合 |                          | 要支援1 / 事業対象者<br>376単位減算/月  |               |                           |
|                                              |                          | 要支援2 / 事業対象者<br>752単位減算/月  |               |                           |

※( )内はaが2割負担時、bが3割負担時の金額となります。

(ウ) その他の費用

|                  |      |
|------------------|------|
| 食費(昼食1回につき)      | 740円 |
| おやつ代             | 150円 |
| トロミ剤(1日につき)      | 100円 |
| オムツ(1枚につき)リハパン含む | 150円 |
| 尿取りパット(1枚につき)    | 50円  |
| レクリエーション材料費      | 実費   |
| その他日常生活において必要な費用 | 実費   |

サービス利用当日のキャンセルについては、当該利用予定日の食費相当額を徴収するものとします。また当日サービス利用中における食事のみのキャンセルについても同様としますので、ご了承下さい。

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自由について、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（契約書第6条参照）

前記（1）の料金・費用は、サービス提供ごとに、利用ごとの合計金額により請求いたします。請求書は利用明細を添えて、利用月の翌月15日頃までにご契約者様宛にお届け致します。又、請求月の27日に引落とし致します。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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17時までに事業者申し出て下さい。

○利用予定日の前日17時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、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

※キャンセル料

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合  | 無料    |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 890 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ご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日をご契約者に提示して協議します。

## 7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

介護保険利用につきましては、居宅サービス計画の作成が必要となります。お電話で受付後、介護支援専門員と連絡を取り、契約に伺います。

(2) サービスの終了

①ご契約者の都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する1週間前までにお知らせください。

②事業所の都合にてサービスを終了する場合

- ・人員不足、事業規模縮小、事業所の廃止などやむを得ない事情によりこの契約に基づく通所介護の提供が困難になった場合、サービスの提供を終了させて頂く場合があります。その場合は終了1ヶ月前までに文章で通知します。

### (3) 自動終了

① 次の場合には自動的にサービスを終了させていただきます。

- ・ ご契約者が介護保険施設に入所した場合
- ・ ご契約者の要介護認定区分が非該当（自立）された場合
- ・ ご契約者がお亡くなりになった場合

② 健康上の理由による中止

- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます。
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更又は、中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただく場合もあります。

※サービスを中止した場合、同月内であればご希望の日に振り替えができます。但し、この場合、振替日の利用定員を超えるときは利用できません。

## 8. 相談窓口・苦情の受付について（契約書第15条参照）

- ・ ご契約者は、事業者より提供されたサービスに関して苦情があるときは、いつでも事業者に出すことができます。また、市役所又は福島県国民健康保険団体連合会（国保連）等に対しても苦情を申立てることができます。
- ・ 事業者は、ご契約者からの相談・苦情に対応するように下記の窓口を設置し、提供したサービスについてご契約者からの苦情の申立てがあった場合には、速やかに対応いたします。また、事業者はご契約者が苦情を申立てたことを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。
- ・ 提供するサービスの第三者評価の実施はありません。

### (1) 当事業所における相談窓口

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           〈職名〉 生活相談員     吉沢 智恵
  - 苦情解決責任者       〈職名〉 管理者           吉沢 智恵
  - 受付時間               毎週 月曜日～金曜日   8：30～17：30
- また苦情受付ボックスを窓口に設置しています。

### (2) 第三者委員

☆第三者委員の窓口

|     |           |
|-----|-----------|
| 氏 名 | 松井 和久     |
| 住 所 | 〒960-8003 |

|                |                     |
|----------------|---------------------|
|                | 福島市森合字北谷地 10-1      |
| 連絡先（TEL） 番 号   | 090-3217-5845       |
| 受 付 日及び受 付 時 間 | 月曜日～金曜日 午前9時 ～ 午後5時 |

※（祝祭日及び 12 月 29 日～1 月 3 日を除く）

（1） 行政機関その他苦情受付機関

下記の公的機関等においても、相談・苦情の申し出ができます。

福島県運営適正化委員会・苦情解決部 024-529-5267

国民健康保険団体連合会苦情受付窓口 024-528-0040

福島市介護保険課介護給付係 024-525-6587

## 9. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

（1）施設・設備の使用上の注意（契約書第 11 条、第 12 条参照）

○施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

○お客様同士の物のやり取り、金品の受け渡しはご遠慮下さい。

（2）喫煙

事業所内の定められた場所以外での喫煙はできません。

## 10. サービス利用中の医療の提供について

また医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記の協力医療機関において診療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療を保証するものではありません。下記医療機関での診療を義務づけるものでもありません。）

① 協力医療機関

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | いずみさとう内科        |
| 所在地     | 福島市泉字清水内 18 の 1 |
| 診療科     | 内科              |

## 11. 事故発生時・損害賠償について（契約書第 13 条、第 14 条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じることができるものとします。

加入賠償保険会社：三井住友海上

- （１）事業者は、ご契約者に対するサービス提供により身体に関わる事故が発生した場合には、その必要に応じご契約者に対して応急処置、医療機関への搬送などの措置を講じ、速やかにご契約者のご家族、担当の居宅介護支援事業所、市町村等に連絡を行います。  
また、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じます。
- （２）事業者は、ご契約者に対するサービス提供により発生した事故等により、ご契約者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合には速やかにその損害を賠償いたします。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合はこの限りではありません。

## 12. 非常災害対策

事業所は、非常災害、風水害及び地震などに対処するため、消防計画書等を作成し、全従業員参加による避難、救助訓練を年２回行います。

## 13. 秘密の保持と個人情報の保護について

- （１）ご契約者及びそのご家族等に関する秘密保持について  
事業者及びサービス従業者は、サービス提供をする上で知り得たご契約者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
- （２）個人情報の保護について  
事業者は、ご契約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において、ご契約者の個人情報を用いません。また、ご契約者のご家族等の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議でご契約者のご家族等の個人情報を用いません。
- （３）ご契約者及び家族に関する個人情報が含まれる記録物について  
事業者は、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

#### 14. 緊急時の対応について

事業者は、サービス提供中にご契約者の病状の急変が生じた場合、その必要に応じ速やかにご契約者の主治医に連絡するなど必要な措置を講じます。また、状況に応じ緊急連絡先（救急隊、ご家族、介護支援専門員等）に連絡いたします。

#### 15. 虐待防止に関する事項

- (1) 利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、事業者は虐待防止委員会を設置し、次の措置を講ずるものとする。
  - ① 虐待防止委員会の定期的な開催と職員への周知徹底を図る。
  - ② 虐待防止のための指針の整備
  - ③ 虐待を防止するための従事者に対する研修の実施
  - ④ 虐待防止担当者の配置
  - ⑤ 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
  - ⑥ その他虐待防止のために必要な措置
- (2) 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

## 16. 感染症対策

利用者が感染症に感染した場合、事業者は下記の対応をとらせていただきます。対応にあたっては各所管の保健所の指示に従い、感染拡大リスク軽減と共に利用者の人権に配慮した対応をいたします。

| 感染症名称              | 感染経路 | 対応期間          | 具体的対応方法                                                       |
|--------------------|------|---------------|---------------------------------------------------------------|
| 疥癬<br>(疑われる場合)     | 接触感染 | 医師の指示<br>による  | 送迎は個別対応 入浴順は最後<br>個別テーブル席の利用 (状態によ<br>っては利用の相談をさせていただ<br>きます) |
| 疥癬 (発症)<br>ノルウェー疥癬 |      |               | 利用の休止                                                         |
| インフルエンザ            | 飛沫感染 | 感染リスク<br>消滅まで | 発症から5日間、解熱から48時<br>間の利用の休止                                    |
| ノロウイルス             | 接触感染 | 医師の指示<br>による  | 医師の許可が出るまでは、利用の<br>休止                                         |
| 結核                 | 空気感染 | 医師の指示<br>による  | 結核菌排出が陽性時は、利用の休<br>止                                          |
| B型肝炎<br>C型肝炎       | 血液感染 | 利用終了ま<br>で    | 専用歯ブラシや髭剃りの使用 *出<br>血時に職員は手袋を使用します                            |

## 17. 重要事項説明の年月日

|               |                         |
|---------------|-------------------------|
| 重要事項説明書の説明年月日 | 令和      年      月      日 |
|---------------|-------------------------|

指定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説明を行いました。上記の説明を証するため、本書 2 通を作成し、お客様、事業所が署名押印の上、1 通ずつ保有するものとします。

|         |      |                               |                 |   |
|---------|------|-------------------------------|-----------------|---|
| 事業<br>者 | 所在地  | 福島市泉字清水内 3 番地 4               |                 |   |
|         | 法人名  | 株式会社しみずの里<br>デイサービスセンター しみずの里 |                 |   |
|         | 許可番号 | 0770105674                    |                 |   |
|         | 代表者名 | 代表取締役<br>(事業所管理者)             | 伊東 和希子<br>吉沢 智恵 | ⑩ |
|         | 説明者名 | 生活相談員                         | 吉沢 智恵           | ⑩ |

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

|      |    |          |
|------|----|----------|
| ご契約者 | 住所 | 〒      - |
|      | 氏名 | ⑩        |

|      |                  |   |
|------|------------------|---|
| ご家族等 | 住所               | 〒 |
|      | 氏名               | ⑩ |
|      | お客様とのご関係<br>(続柄) |   |

署名代行者：私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

署名代行事由：

署名代行者氏名 ⑩