

地域密着型通所介護サービス 重要事項説明書

様



わかば薬局株式会社
レッツ倶楽部新所沢

作成日 令和7年8月21日

地域密着型通所介護サービス重要事項説明書

この「重要事項説明書」は、平成11年厚生労働省令第37号及び平成18年厚生労働省令第35号等に基づき、地域密着型通所介護サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. 事業者の概要

事業者名称	わかば薬局株式会社
代表者名	栗原 誠
所在地	〒350-2206 埼玉県鶴ヶ島市藤金879-3 TEL 049-286-6467

2. 事業所の概要

(1) 事業所の所在地

事業所名	レッツ倶楽部新所沢
介護保険 指定事業所番号	事業開始年月日 平成 26年07月01日 指定事業所番号 1192500583
事業所所在地	〒359-1111 埼玉県所沢市緑町4-8-17ヴィラ大沼102号
連絡先	TEL 04-2968-8531 FAX 04-2968-8541
管理者	住永 加奈恵
通常の事業の 実施地域	所沢市・狭山市

(2) 事業所の目的及び運営方針

事業の目的	わかば薬局株式会社が設置する、レッツ倶楽部新所沢（以下「事業所」という。）が行う地域密着型通所介護の事業（以下「事業」という。）の適切な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護職員その他の従業者が、介護保険法に従い、高齢者がその有する能力に応じ可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援する。
-------	---

運営方針	1 事業の提供にあたっては、事業所の従業者は、利用者の心身の特徴を踏まえて、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、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話および機能訓練の援助を行うことによって、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及び精神的負担の軽減を図る。 2 事業の実施にあたっては、関係区市町村、介護予防支援事業者、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。
------	---

(3) 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金曜日（祝日は営業） （但し12月31日から1月3日を除く） 祝日は営業
営業時間	08時30分 から 17時30分 まで サービス提供時間は、 1 単位目：09時00分～12時15分 2 単位目：13時30分～16時45分

(4) 事業所の従業者体制

管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。	常勤兼務 1名
看護職員	利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行う。	非常勤兼務 機能訓練指導員 兼務 5名
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の低下を防止するために必要な機能訓練を行う。	非常勤兼務 看護職員兼務 5名
生活相談員	利用者及び家族に対し生活指導及び介護に関する相談及び助言を行う。利用者の心身の状況等を踏まえて総合事業通所介護計画の作成等を行う。居宅介護（介護予防）支援事業者等と連携し必要な調整を行う。	常勤専従 1名 非常勤兼務 2名
介護職員	利用者の心身の状況等を的確に把握し、適切な介助を行う。	常勤兼務 1名 非常勤兼務 2名 非常勤専従 5名

3. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サ ー ビ ス 内 容
機能訓練	体力や運動器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ための訓練を行う。
送迎	利用者に対し送迎サービスを提供する。
相談・助言	利用者及びその家族の生活指導及び日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。
健康チェック	利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行う。

※入浴と食事の提供はありません。

(2) 提供するサービスの利用料について（介護保険を適用する場合）

地域密着型事業所 通所介護費

種別	介護度	単位数	個別機能訓練加算 Ⅰイ	口腔機能向上加算 Ⅱ
地域密着型通 所介護	要介護 1	416 単位／回	56 単位／日	160 単位／回
	要介護 2	478 単位／回	56 単位／日	160 単位／回
	要介護 3	540 単位／回	56 単位／日	160 単位／回
	要介護 4	600 単位／回	56 単位／日	160 単位／回
	要介護 5	663 単位／回	56 単位／日	160 単位／回

種別	介護度	科学的介護推進体 制加算	介護度	介護職員処遇 改善加算Ⅱ
地域密着型通 所介護		40 単位／月		単位数×9% 単位／月
地域密着型通 所介護	要介護1～5	40 単位／月	要介護1～5	単位数×9% 単位／月

※1 地域別加算により所沢市は地域区分が「6級」のため「1単位＝10.27円」となります。

※2 行事・創作活動等を実施する際、費用（実費）を別途頂く場合があります。

＊個別機能訓練加算Ⅰイ、ロ

個別機能訓練加算Ⅰイ：看護師等（要資格者）の当該加算の人員配置を満たし、個別機能訓練計画に基づき5名程度以下の小集団にて要資格者より直接機能訓練の提供を受け、その後3ヶ月毎に1回以上ご利用者様宅を訪問した上でご利用者様または家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画書の進捗状況、訓練内容を説明した場合に56単位/回を加算

個別機能訓練加算Ⅰロ：個別機能訓練加算Ⅰイの条件を満たした上で専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を指定通所介護を行うサービス提供時間帯を通じて1名以上配置することにより85単位/回を加算。

＊個別機能訓練加算Ⅱ

個別機能訓練加算Ⅰの算定要件に加えて利用者ごとの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し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していることにより20単位/月を加算。

＊口腔機能向上加算Ⅱ

口腔機能訓練加算Ⅰの算定要件に加えて利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他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ていることにより160単位/回を加算。

＊地域通所介護処遇改善加算Ⅱ

介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が利用者に対し指定通所介護サービスを行なった場合、所定の単位×9.0%/月を加算

4. 利用料その他の費用の請求および支払い方法について

指定通所介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、当該指定通所介護が法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

利用料の支払いを受けた場合は、利用者に対して領収書を交付します。事業所は当月の利用者負担金の請求書に明細を付して翌月15日までに利用者に請求し、利用者指定の口座より翌月27日に引き落とすものとします。

（ただし27日が日、祝祭日の場合は翌営業日となります。）

＊引き落としが確認できましたら、領収書を発行しますので必ず保管をお願い致します。

（再発行は基本的にはしません）

＊利用料、その他の費用の支払いについて支払期日から2ヶ月以上経過し、さらに支払いの督促から14日

以内にお支払いがない場合は契約を解約したうえで、未払い分をお支払い頂きます。

<介護保険利用者>

様の通所介護の内容に対する利用料及び自己負担額は以下のとおりです。なお負担割合は前年度の収入によって決定し、「利用者負担割合証明書」が交付されます。

サービスの区分および加算		利用料	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
基本料	介護度 (要介護1)	4,272円	428円	855円	1,282円
加算料	地域通所介護個別機能訓練加算Ⅰイ	575円	58円	115円	173円
	地域通所介護個別機能訓練加算Ⅱ	205円	21円	41円	62円
	地域通所介護口腔機能向上加算Ⅱ	1,643円	165円	329円	493円
	地域通所介護科学的介護推進体制加算	410円	41円	82円	123円

※1 利用料はおおよその目安です。

※2 自己負担割合は、認定者全員に交付される「利用者負担割合証明書」に記載。

5. サービス提供に関する相談・苦情について

サービス提供に関する相談・苦情に関しましてはまず事業所にご連絡いただき、さらにご相談がある場合は、埼玉県国民健康保険団体連合会・区市町村相談窓口等にお問い合わせください。	相談担当者名：住永 加奈恵 連絡先電話番号：04-2968-8531 FAX 番号：04-2968-8541 埼玉県国民健康保険団体連合会 048-824-2568 埼玉県庁福祉部介護保険課 048-830-3250 所沢市役所福祉部介護保険課 営業時間8:30～17:15 04-2998-9420 入間市役所健康推進部介護保険課 04-2964-1111（代表） 狭山市役所長寿健康部長寿安心課 04-2953-1111（代表）
---	--

6. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業所の従業者はサービス提供を行う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。
個人情報の保護について	事業者は利用者及びご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等において利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族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等において利用者の家族の個人情報を用いませぬ。事業者は利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については善良な管理者の注意をもって管理し、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。

事業所における個人情報保護についての取り扱いについてはわかば薬局株式会社における「個人情報の適正な取り扱いのために～個人情報保護規定等～」に則って取り扱うこととします。プライバシーポリシー、個人情報取り扱い業務概要説明書は別紙にて説明し、必要な方には交付します。

7. 緊急時の対応について

サービス提供中に緊急の事態が発生した場合はデイサービスにおける各種資料に沿って対応させていただきます。その際に必要な緊急連絡先を別紙にてご指定ください。夜間、営業時間外の緊急事態におきましては対応しかねますのでご了承下さい。

8. 家族等への連絡について

利用者よりサービスに係る要望等があった場合には、利用者に対応について連絡するとともに同様の内容を家族等へも連絡します。

9. 記録の保管について

従業者はサービス提供に関する記録を整備し、契約終了時から5年間保管します。また記録物の閲覧および実費による写しの交付については本人および家族に限り可能です。必要時はお相談下さい。

10. 損害賠償

サービス提供に伴って事業者の明らかな過失により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において利用者に対し、その損害を賠償致します。

賠償における加入保険会社はあいおいニッセイ同和損害保険株式会社、加入保険は介護保険・社会福祉事業者総合保険です。

この契約においてやむを得ず訴訟となる場合は利用者の所在地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所とすることにあらかじめ同意します。

(合意裁判管轄)

11. 事故処理

- ①事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ②事業所は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、その契約の完結の日から5年間保存します。
- ③事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

12. 留意事項

- ①サービスのキャンセルにつきましては利用者またはその家族、介護支援専門員によりサービス提供日の当日午前 8 時半までにご連絡ください。
お申し出のない場合はキャンセル料の支払いを求める場合がございます。
ただし、利用者の急変などやむを得ない事情によるキャンセルにつきましてはこの限りではありません。
- ②事業所では基本的に禁煙とさせていただいており、事業所内には喫煙所を設けておりません。
禁煙にご理解ご協力のほどよろしくお願い致します。
- ③事業所内においては携帯電話の使用をご遠慮願います。
もし連絡等が必要な場合は事業所の電話をご使用下さい。
- ④事業所では随時、在宅ケア従事者の育成のために他事業所からの研修生の受け入れにも協力させていただいております。
なにとぞ、ご協力のほど宜しくお願い致します。
- ⑤1ヶ月以上休みが続いたときの終了等の手続きについて
1ヶ月以上休みが続いたときは、ご連絡させて頂き契約を継続するかどうかご確認させて頂きます。継続が不可能な場合は契約終了とさせていただきますのでご了承ください。
- ⑥災害時の対応（地震・台風・大雪・警報時など）
地震・台風・大雪・警報時などサービスを継続出来ない気象状況になった場合はやむを得ず、サービスを打ち切りとさせていただく場合がございます。
その際はご連絡させていただきますのでご了承ください。
- ⑦安全で円滑な送迎の為、お迎えの時間を書面または電話にてご連絡します。
お知らせした時間よりも10分以内の早まりや遅れにつきましてはご了承ください。交通事情等で10分以上到着時間が前後する場合は、電話連絡を致します。

13. 虐待防止に関する事項

- ①事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。
 - (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - (3) その他虐待防止のために必要な措置
- ②事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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。

14. 第三者評価の実施状況

実施無し

令和 年 月 日

法人印

説明者氏名： _____ 印

利用者 住所
氏名 印

利用者家族 住所
(代表) 氏名 印

代筆者 住所 氏名 印

法定代理人	住所	
	氏名	印

(通)9