

通所介護 重要事項説明書

通所介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

令和6年4月1日現在

| | |
|------------|--------------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社ザ・サンパワー |
| 主たる事務所の所在地 | 〒254-0024 神奈川県平塚市馬入本町13番11号 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 黒崎 寿雄 |
| 設立年月日 | 昭和54年9月18日 |
| 電話番号 | 0463-22-1233 |

2. 事業所の概要

| | | | |
|-------------|-----------------------------|------------|--|
| 事業所の名称 | エミーズ東間門 | | |
| 事業所の管理者 | 諏訪 崇 | | |
| 事業所の所在地 | 〒410-0865 静岡県沼津市東間門625-6 | | |
| 電話番号 | 055-962-1285 | | |
| FAX番号 | 055-962-1284 | | |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和元年10月1日 | 2271103315 | |
| 実施単位・利用定員 | 1単位 | 定員45人 | |
| 通常の事業の実施地域 | 沼津市、清水町、長泉町、三島市 | | |
| 併設事業所 | 短期入所生活介護 | | |
| 第三者評価の実施の有無 | 無 | 実施した直近の年月日 | |
| 実施した評価機関の名称 | | 評価結果の開示状況 | |

3. 運営の方針

- 通所介護の提供に当たっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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及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ります。
- 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

- 食事の提供
食事の提供及び必要な介助を行います。
- 入浴（個浴、一般浴、機械浴）
入浴サービスの提供及び必要な介助を行います。
- 日常生活動作の機能訓練
利用者が日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練、利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーション等を行います。
- 健康状態の確認
体調や血圧等の確認を行います。
- 送迎
居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。

- ・日常生活における相談及び助言
利用者及びその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。
- ・その他日常生活上の援助
排泄の介助等、利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、必要な日常生活上の世話及び援助を行います。

5. 営業日時

| | |
|----------|--|
| 営業日 | 月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日まで）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前8時30分から午後5時30分まで |
| サービス提供時間 | 午前9時15分から午後4時30分まで |
| 延長のサービス | なし |

6. 事業所の従業者の体制

(令和6年4月1日現在)

| 職種 | 人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 保有資格 |
|---------|-----|----|----|-----|----|--------------------------------|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 管理者 | 1人 | 人 | 1人 | | | 介護福祉士 |
| 生活相談員 | 3人 | 1人 | 2人 | 人 | 人 | 介護福祉士 |
| 看護職員 | 3人 | 1人 | 1人 | 1人 | 人 | 看護師・准看護師 |
| 介護職員 | 14人 | 5人 | 1人 | 3人 | 5人 | 介護福祉士・初任者研修・認知症基礎研修 |
| 機能訓練指導員 | 5人 | 3人 | 2人 | 人 | 人 | 理学療法士・鍼灸マッサージ師・あん摩マッサージ指圧師・看護師 |
| 栄養士 | 1人 | 人 | 1人 | 人 | 人 | 管理栄養士 |

7. 利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 通所介護の利用料

【基本部分：大規模Ⅰ通所介護費】

| サービス提供時間 | 利用者の要介護度 | 大規模Ⅰ通所介護費（1回あたり） | | | | |
|----------|----------|------------------|----------------------|--|--|--|
| | | 単位数 | 基本利用料 ※（注1） 参照 | 利用者負担金 （自己負担 1割の場合） ※（注2） 参照 | 利用者負担金 （自己負担 2割の場合） ※（注2） 参照 | 利用者負担金 （自己負担 3割の場合） ※（注2） 参照 |
| 7時間以上 | 要介護1 | 629 | 6,379円 | 638円 | 1,276円 | 1,914円 |
| | 要介護2 | 744 | 7,545円 | 755円 | 1,509円 | 2,264円 |
| | 要介護3 | 861 | 8,731円 | 874円 | 1,747円 | 2,620円 |
| 8時間未満 | 要介護4 | 980 | 9,938円 | 994円 | 1,988円 | 2,982円 |
| | 要介護5 | 1,097 | 11,124円 | 1,113円 | 2,225円 | 3,338円 |

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

| 加算等の種類 | 加算・減算額（1回あたり） | | | | |
|-----------------------------------|---------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | 単位数 | 基本利用料 ※（注1）参照 | 利用者負担金 （自己負担 1割の場合） ※（注2）参照 | 利用者負担金 （自己負担 2割の場合） ※（注2）参照 | 利用者負担金 （自己負担 3割の場合） ※（注2）参照 |
| 入浴介助加算（Ⅰ） | 40 | 405円 | 41円 | 81円 | 122円 |
| 個別機能訓練加算 （Ⅰ）ロ | 76 | 770円 | 77円 | 154円 | 231円 |
| サービス提供体制加算（Ⅲ） | 6 | 60円 | 6円 | 12円 | 18円 |
| 送迎減算 （片道につき） | ▲47 | ▲476円 | ▲48円 | ▲96円 | ▲143円 |
| ※前年度に介護職員のうち介護福祉士の割合が40%以上であった場合等 | | | | | |
| 介護職員処遇改善 加算Ⅰ | （基本利用料＋各種加算減算）の5.9% | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |
| 介護職員等ベース アップ等支援加算 | 基本利用料＋各種加算減算）の1.1% | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |

（注1）上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が7級地のため、単位数に10.14を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

（注2）介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

（注3）上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

（2）その他の費用

| | |
|-------|--|
| 食費 | 昼食代 650円 *おやつ代含む（非課税） |
| おむつ代等 | 紙おむつ・リハビリパンツ 150円/枚（非課税） パット 50円/枚（非課税） |
| 交通費 | 通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に係る費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道100円/kmをいただきます。 |
| その他 | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

（3）キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の当日9時までに事業所に申し出てください。利用当日9時までに連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
|-----------------------|-----------------|
| ご利用日当日9時までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ご利用日当日9時までにご連絡がなかった場合 | 食費代相当 650円（非課税） |

(4) 支払い方法

毎月、15日までに前月分の利用料の請求をいたしますので、27日までにお支払ください。お支払方法は、銀行・郵便局の指定口座からの引き落とし、銀行振り込み、現金払いの中からご契約の際に選択できます。

| | |
|---|--|
| ① | 当事業所窓口へ直接お支払いいただく方法 (なるべくおつりのないようお願い致します) |
| ② | 当事業所の指定口座へ振り込みによりお支払いいただく方法 (振込み手数料はご負担ください。) 口座名義 株式会社ザ.サンパワー 代表取締役 黒崎 寿雄 静岡銀行 平塚支店 (普通) 0463929 |
| ③ | 預金口座振替にて引落としにより、お支払いいただく方法 (預金口座振替依頼書にお申込いただきます。) |

8. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- ・複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- ・利用者の事情で時間に遅れた場合、送迎サービスが受けられない場合があります。
- ・ご利用日当日の朝、ご自宅での検温および、マスクの着用をお願いいたします。
- ・発熱が37.5℃以上の場合は、利用継続についてご相談させていただきます。

9. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ・事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ・事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いませぬ。

10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、事前の打ち合わせに基づき、家族・主治医・救急機関・居宅介護（介護予防）支援事業者に連絡いたします。

11. 事故発生時の対応

通所介護のサービス利用中に事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
また、利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、その責任の範囲において損害賠償を速やかに行います。

12. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

(1) 事業所の窓口

| | | |
|---------|------|----------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 | 055-962-1285 |
| | 受付時間 | 月曜日から土曜日 午前8時30分から午後5時30分 |
| | 担当者名 | 管理者 諏訪 崇 生活相談員 宮内 誠 内田 由紀子 |

(2) その他苦情申立の窓口

| | | | |
|--------|----------------|----|--------------|
| 苦情受付機関 | 沼津市 長寿福祉課 | 電話 | 055-934-4865 |
| | 三島市 介護保険課 | 電話 | 055-983-2607 |
| | 長泉町 長寿介護課 | 電話 | 055-989-5511 |
| | 清水町 介護福祉係 | 電話 | 055-981-8213 |
| | 静岡県国民健康保険団体連合会 | 電話 | 054-253-5590 |

1.3. 非常災害対策

- ・事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。
- ・事業所は、防災計画に基づき、年2回、利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。

1.4. サービスの終了

次の場合にサービスは終了となります。

(1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の30日前までに文書でお申し出下さい。
ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が30日以内の通知でもこの契約を解約することができます。

(2) 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、1ヶ月前までに文書で通知します。

(3) 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合
- ・利用者の要介護状態区分が要支援又は自立となった場合
- ・利用者が死亡した場合

(4) その他

①次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業者が、守秘義務に反した場合
- ・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
- ・事業者が、倒産した場合

②その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解約することができます。

③次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

- ・利用者の利用料等の支払いが3ヶ月以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
- ・利用者又はその家族が事業者や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

年 月 日

事業所は、利用者へのサービス提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説明者 所在地 沼津市東間門 625-6
事業所名 エミーズ東間門
職・氏名^印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所
氏名^印

代理人
住所
氏名^印
本人との続柄 ()