

きくの郷 デイリハ 重要事項説明書  
通所介護・第1号通所事業（旧介護予防通所介護相当）

令和6年2月現在

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
事業所N○1471200541

当事業所はご契約者に対して通所介護又は第1号通所事業（旧介護予防通所介護相当）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、契約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」「要支援」「事業対象者」と認定された方が対象となります。（※認定申請を行って結果がまだ受けていない方でもサービスの利用は可能ですが、その際はお申し出ください。）

◆◆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	2
4. 職員の配置状況	3
5. 提供するサービス内容	3
6. 利用料金	4
7. サービス利用にあたっての留意点	6
8. 損害賠償	8
9. 緊急時の対応	9
10. 個人情報	9
11. 非常災害対策	9
12. 衛生管理	9
13. 虐待防止	9
14. その他	9
15. 連帯保証人	10
14. 苦情受付	10

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 千寿会  
(2) 法人所在地 神奈川県高座郡寒川町小動622  
(3) 電話番号 0467-75-0964  
(4) 代表者氏名 理事長 椎野 千秋  
(5) 設立年月 平成12年3月1日

## 2. 事業所の概要

- (1) サービスの種類 通所介護  
第1号通所事業（旧介護予防通所介護相当）（以下第1号通所事業）  
(2) 事業所の目的 要介護・要支援・事業対象者と認定されているご利用者に対し、  
通所介護及び第1号通所事業の適正なサービスの提供を行うこと  
を目的とする。  
(3) 事業所番号 1471200541  
(4) 事業所の名称 きくの郷 デイリハ  
(5) 事業所の所在地 神奈川県高座郡寒川町小動622  
(6) 電話番号 0467-75-0964  
(7) 事業所長（管理者）氏名 井 伊 禎 行  
(8) 当事業所の運営方針 利用者様の人権を尊び、真心のこもった対応で、満足してい  
ただけるようなサービス提供を行います。  
(9) 開設年月日 平成28年7月1日  
(10) 利用定員 25人（1単位）  
20人（2単位）※通所介護と第1号通所事業合わせてとなります  
(11) 併設サービス

当事業所と同一の所在地で、次の事業もあわせて実施しています。

[介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）][短期生活介護][介護予防短期生活介護]  
[居宅介護支援]

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業実施地域 寒川町、茅ヶ崎市(行谷、下寺尾、芹沢、香川、堤)、  
藤沢市(宮原、瀬郷、打戻、御所見、用田、遠藤、石川1部、大庭、葛原、  
長後1部、菖蒲沢、下土棚) 海老名市(本郷、門沢橋)  
綾瀬市(上土棚、落合南、深谷)  
(2) 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜～金曜 ※祝日も営業しています。
休日	土曜・日曜・年末年始
営業時間	9：00～17：00
サービス提供時間	1単位 9：15～12：15
	2単位 13：30～16：30

#### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護及び第1号通所事業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 種	人数
1. 事業所長（管理者） 兼務	1名
2. 介護職員 兼務（パートも含む）	5名(3名)
3. 生活相談員	1名
4. 看護職員 兼務（パートも含む）	1名
5. 機能訓練指導員 兼務（パートも含む）	1名
6. 管理栄養士	1名

##### <主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間：8：30から17：30 ☆原則として5名以上の介護職員が勤務します。
2. 看護職員	勤務時間9：00～17：30間の必要時間 ☆原則として1名のパート看護職員が勤務します。
3. 機能訓練指導員	勤務時間8：30～17：00間の必要時間 ☆原則1名のパート看護職員が勤務します。

#### 5. 提供するサービス内容

- ・通所介護計画・第1号通所事業計画の作成
- ・生活指導（相談・援助等）レクリエーション
- ・機能訓練
- ・健康チェック
- ・送迎 ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。  
送迎範囲外の送迎は行っていません。  
送迎範囲外の方は応相談してください。
- ・その他必要な介護等を行います

## 6、利用料金

### (1) 利用料金が介護保険から給付される場合

以下のサービスについては、利用料金は（通常9割から7割が）が介護保険から給付されます。

#### 《要支援の方の料金》第1号通所事業（1月あたり）

		要支援1	要支援2
介護 保 険 対 象	第1号通所事業	1,655 単位	3,393 単位
	サービス提供体制強化加算 (I) ロ	48 単位	96 単位
	運動器機能向上加算	225 単位	225 単位
	介護職員処遇改善加算 (I)	利用単位数合計の5.9% 114 単位	利用単位数合計の5.9% 219 単位
	介護職員特定処遇改善加算 II	利用単位数合計の1% 19 単位	利用単位数合計の1% 37 単位
	サービス単位合計 (月)	2,061 単位	3,970 単位
	サービス費用合計	21,537 円	41,487 円
	ご利用者負担金1割	2,154 円	4,149 円
	ご利用者負担金2割	4,308 円	8,298 円
	ご利用者負担金3割	6,462 円	12,446 円

※事業所評価加算は年度により算定する場合があります。 120 単位

#### 《要介護の方の料金》通所介護（1日あたり）

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護 保 険 対 象	通所介護（3～4時間）	364 単位	417 単位	472 単位	525 単位	579 単位
	個別機能訓練加算 I *	46 単位	46 単位	46 単位	46 単位	46 単位
	個別機能訓練加算 II	56 単位	56 単位	56 単位	56 単位	56 単位
	サービス提供体制加算 (1) ロ	12 単位	12 単位	12 単位	12 単位	12 単位
	介護職員処遇改善加算 (I)	28 単位	31 単位	36 単位	38 単位	40 単位
	介護職員特定処遇改善加算 II	5 単位	5 単位	6 単位	6 単位	7 単位
	合計＝地域加算 × 10,45	5340 円	5925 円	6563 円	7137 円	7733 円
	自己負担 (1割)	534 円	593 円	657 円	714 円	774 円
	自己負担 (2割)	1068 円	1185 円	1313 円	1428 円	1547 円
	自己負担 (3割)	1602 円	1778 円	1969 円	2142 円	2320 円

※個別機能訓練加算 I、IIについては、ご利用いただいた場合に単位が算定されます。（表中のサービス単位合計（日）の計算では個別機能訓練をご利用いただいた場合の単位数を記載しております。

ご契約時の利用料金 1 につき 円です

## (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合（介護保険外）

### ①介護保険給付の支給限度額を超える通所介護・第1通所介護事業サービスの利用

- 通所介護サービスの利用の場合は、10割が自己負担となります。
- 第1号通所事業の利用の場合は、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合（包括支援センターのサービス計画以上に利用者が希望された場合）は、サービス利用料金の全額がご利用者の負担となります。1回のご利用負担金は10割となります。

### ②レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーション・クラブ活動に参加していただくことができます。

**利用料金：1回当たり103円**

### ③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：10円

### ④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契約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。

### ⑤レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

### ⑥代金回収手数料

ご利用者様指定の口座からの利用料金引き落としの際にかかる費用をご負担いただきます。

**代金回収手数料：1回当たり100円**

☆オムツについて、使用された場合、同等のものを返していただいています。

☆ 利用者の体調不良により、家族が対応できず、きくの郷が受診の対応を行う場合、1時間につき1,000円の付き添い費と受診送迎代を**自費**でご負担いただきます。

（1～5km 1,000円・5～10km 1,500円に加え、1km毎20円のガソリン代）

☆ご利用者がまだ要介護・要支援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、通所及び、第1号事業（旧介護予防通所介護相当）介護計画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。

☆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、1か月ごとに計算し、ご請求します。

ア・振り込みによる支払いです。(振り込みの場合手数料はご利用者負担となります)  
イ翌月27日自動引き落としの支払いです。(代金回収手数料はご利用者負担となります)

ア・イに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ただし、自動引き落としの手続きがとれるまでの間は現金でお支払いいただく事も可能です。その場合の取り扱いは、平日16時までとさせていただきます。

ア. 指定口座への振り込み先  
さがみ農協 寒川支店 普通預金 5906580  
社会福祉法人 千寿会  
理事長 椎野 千秋

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし  
※新規利用の場合手続きが終了するまで1～2ヶ月かかる場合があります。

## 7. サービス利用にあたっての留意点

### (1) 利用の中止、変更、追加

☆利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護・第1号通所事業の利用を中止、変更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に出してください。

☆月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、通所介護・第1号通所事業サービス計画に位置付けられた目標の達成度を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆利用者の体調不良や状態の改善等により通所介護・第1号通所事業サービス計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は定めた第1号通所事業の期日より多かった場合であっても、日割りでの割引や増額は致しません。

☆ご利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、第1号通所事業サービス計画に定められた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、包括支援センター・居宅支援センターと調整の上、第1号通所事業サービス計画の変更又は要介護認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

☆月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり、月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。(第一号通所事業のみ)

- 一 月途中に要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中に要支援から要介護に変更となった場合

### 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

- ☆ 月途中で要支援度が変わった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。(第1号通所事業)
- ☆ サービス利用の変更の申し出に対して、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。(通所介護・第1号通所事業共通)
- ☆ 要介護・要支援と認定の変更が発生した場合において、毎回契約を交わすことなく契約の継続をする同意書を頂きます。(両方の契約を締結している事が基本となります。)

## (2) 利用の終了

・契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要支援認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。(契約書第15条参照)

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が要介護又は自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。)

### ・ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の1週間以内に解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が入所された場合
- ③ご契約者の「通所介護・第1号通所事業サービス計画(ケアプラン)」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

⑦他の利用者をご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

#### ・事業者からの契約解除の申し出（契約書第 18 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 2 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合  
※連帯保証人が 1 名の場合、利用料金について通告したのにも関わらず 1 カ月以上利用料金が滞納した場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為（介護職員へのハラスメント等）を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

#### ・契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

#### （3）施設・設備の使用上の注意

- 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、ご契約者に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。

（4）喫煙 中庭に喫煙所あり、ただし医師に要制限や、喫煙見守りのできる時間帯でのサービスとさせていただきます。

## 8. 損害賠償について

1. 事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体、財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。
2. 利用者は、事業所の設備及び備品について、故意または過失により滅失、破損汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状に復するか、または相当の代価を支払うものとします。
3. 利用者の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、利用者及びその家族等と事業者との協議により共用施設、設備の利用法等を決定するものとする。

## 9. 緊急時の対応

- 1 事業者は、現に指定通所介護・第 1 号通所事業の提供を行っているときに利用者の病



状の急変が生じた場合その他必要な場合は家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主事の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

- 2 利用者に対する指定通所介護・第1号通所事業の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。
- 3 利用者に対する指定通所介護・第1号通所事業の提供により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うものとします。

## 10 個人情報保護

- 1 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り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。
- 2 事業者が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとします。

## 11 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年1回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

## 12 衛生管理等

- 1 利用者の使用する施設、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るものとします。
- 2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとします。

## 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します。
  - (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します。

## 14 その他

- 1 事業所は、従業者の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、

業務の執行体制についても検証、整備するものとします。

(1) 採用時研修 採用後1から2ヵ月以内

(2) 継続研修 年12回

- 2 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- 3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- 4 事業所は、通所介護に関する記録を整備し、そのサービスを完結した日から最低5年間は保存するものとします。
- 5 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は社会福祉法人千寿会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

## 15 連帯保証人について

### (1) 連帯保証人

- 1 連帯保証人は、事業者に対し、契約者が負担する利用料を連帯保証限度額70万円の範囲内で連帯して保証する。
- 2 事業者は、連帯保証人に対して、本契約に先立ち、下記の項目について情報の提供を行い、連帯保証人は情報の提供を受けたことを確認する。
  - ① 利用内容及び利用料金収支の状況
  - ② 利用者が介護保険利用料金以外に負担している料金（介護保険外費用）の有無並びにその額及び履行状況

### (2) 連帯保証人の変更

- 1 契約者は、連帯保証人が死亡もしくはその資格を喪失したときは、その旨を直ちに事業者へ通知し新たに連帯保証人を立てます。
- 2 事業者は、契約者において連帯保証人を立てがたい、真にやむを得ない特別の事情があると認められるとき、連帯保証人を立てないことを承認することができます。
- 3 契約者は、前項により連帯保証人を立てることができない場合、次に定める事項について、施設の指示に従うものとし、約定下事項について別に事業者、契約者間において書面を取り交わします。

：この契約に基づく契約者の事業者に対する責務履行の確保に必要な措置

：前各号の他、この契約の履行にかかわる契約者の身上に関する措置

## 16 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）

所在地 寒川町小動622 特別養護老人ホーム きくの郷

連絡先 0467-75-0964

[職名] デイリハ管理者 津島 千与美

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

9:00～17:00

また、苦情受付ボックスを受付にて設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

神奈川県国民健康保険団体連合会	電話番号 045-329-3447 0570-022110 (ナビダイヤル)
寒川町介護保険相談窓口	電話番号 0467-74-1111
藤沢市介護保険相談窓口	電話番号 0466-25-1111
綾瀬市介護保険相談窓口	電話番号 0467-77-1111
茅ヶ崎市介護保険相談窓口	電話番号 0467-82-1111
海老名市介護保険相談窓口	電話番号 046-231-2111

緊急時連絡 ※連絡先に変更が生じた場合は早急ご連絡下さい。

主治医	主治医氏名	
	連絡	
第1連絡先	氏名(続柄)	( )
	電話番号	
	携帯番号	
	勤務先	
第2連絡先	氏名(続柄)	( )
	電話番号	
	携帯番号	
	勤務先	

通所介護・第1号通所介護事業（旧介護予防通所介護相当）の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

きくの郷 デイリハ

説明者職名 デイリハ相談員

氏名 \_\_\_\_\_ 印

きくの郷 デイリハ 御中

## 同意書

- ・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・第1号通所事業（旧介護予防通所介護相当）のサービスの提供開始に同意し交付を受けました。
- ・要介護・要支援と認定の変更が発生した場合において  
毎回契約を交わすことなく、契約の継続をすることに同意書を頂きます。

上記の件について説明を受け同意し交付を受けました。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

ご家族 \_\_\_\_\_ 印

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_