

通所介護事業・介護予防通所介護事業に相当する第1号通所事業

重要事項説明書

1. 通所介護事業者(法人)の概要

名称：法人種別	株式会社 V i t a l y
代表者名・役職名	代表取締役 根 本 有 紗
所在地・連絡先	〒314-0254 茨城県神栖市太田523番地27 電 話 0479(46)0704 FAX 0479(40)0031

2. 事業所の概要

事業所名	ふくふく潮来
所在地・連絡先	〒314-2423 茨城県潮来市日の出4丁目2番6 電 話 0299-95-6874 FAX 0299-77-7006
指定事業者番号	0872300496
開設年月日	令和6年5月30日
利用定員	30名(月曜日から金曜日)

3. 事業所の職員体制

従事者の職種	人数	職務の内容
管理者	1名	管理業務全般
生活相談員	2名以上	利用者様からの相談受付、介護計画作成、施設保守
介護職員	4名以上	介護サービス全般、記録、連絡
看護職員	2名以上	リハビリ・服薬・口腔衛生指導、緊急時の看護
機能訓練指導員	2名以上	機能訓練等
事務職員	1名	受付・経理

4. 通常の事業の実施地域

茨城県 潮来市 鹿嶋市 神栖市 行方市 千葉県 香取市

5. 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日から金曜日までとする(祝日は営業)
休業日	12月31日から1月3日までとする
営業時間	午前8時00分から午後5時00分とする
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時00分(月曜日から金曜日)

6. サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

① サービス内容

種 類	内 容
食 事	利用者様の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に食事の自立について適切な援助を行います。
入 浴	利用者様の状況に応じて適切な入浴介助を行うと共に入浴の自立について適切な援助を行います。
排 泄	利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に排泄の自立においても適切な援助を行います。
機能訓練	利用者様の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持・向上に努めます。
生活指導	利用者様の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧・体温測定等利用者様の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者様及びその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅玄関から施設までの送迎を行います。

② 費用

介護保険の適用がある場合は、利用料金のうち利用者様の負担割合に応じた額

(1割、2割又は3割)が利用者の負担額となります。

i;)通所介護 利用時間 7時間以上8時間未満 〈通常規模型〉

要介護程度	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額
要介護 1	6,580円	658円
要介護 2	7,770円	777円
要介護 3	9,000円	900円
要介護 4	10,230円	1,023円
要介護 5	11,480円	1,148円

他)加算料金 入浴介助加算(I) 1回につき 40単位(400円)〔自己負担額 40円〕
各種加算

ii;) 介護予防通所介護に相当する第1号通所事業サービス

〈1週当たりの標準的な回数を定める場合〉

要支援程度	1カ月当たりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額
事業対象者・要支援1	17,980円	1,798円
事業対象者・要支援2	17,980円(1回利用)	1,798円(1回利用)
	36,210円(2回利用)	3,621円(2回利用)

〈1月当たりの回数を定める場合〉

要支援程度	1回当たりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額
事業対象者・要支援1	4,360円	436円
事業対象者・要支援2	4,470円	447円

他)加算料金 各種加算

- (ア) 上記料金算定の基本となる時間は、利用者様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準にします。
- (イ) 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者様の自己負担になりますのでご相談ください。
- (ウ) 介護保険の適用の場合でも、保険料の滞納等により、自己負担額が3割になるなど原則の1割負担が適用にならない場合もございます。また同様に、事業者が直接介護保険給付が行われない場合がありますので、その際は、利用者様は料金表の利用料金全額をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス（その他自己負担になるもの）

- ① 上述の4に規定する通常の事業の実施地域を超えて行う送迎の費用として、10キロメートルごとに100円。
- ② 食事の提供に要する費用として600円（但しおやつ代含む）。
- ③ おむつ、リハビリパンツ及び尿パット代としてそれぞれの実費相当。
- ④ レクリエーション活動等に参加いただく場合の、材料費等の実費相当。
- ⑤ その他指定通所介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者様に負担させることが適当であると認められるものについては、その実費相当。

(3) サービスの中止にともなうキャンセル料

- (1) 利用者様がサービスの利用中止をする際には、速やかに次の連絡先までご連絡下さい。

連絡先	ふくふく潮来 電話 0299-95-6874
連絡時間	午前8:00～午後5:00

- (2) 利用者様の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の 2 営業日前までにご連絡ください。1 営業日前又は当日のキャンセルは次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。

(但し、利用者様の体調の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です)

- (3) キャンセル料は、利用者様負担の支払いに合わせてお支払い頂きます。

時 期	キャンセル料	備 考
サービス利用日の 2 営業日前まで	無 料	
サービス利用日の 1 営業日前まで	利用者様負担金の 50%	
サービス利用日の当日	利用者様負担金の 100%	食事提供料600円は100%

- (4) 利用料（自己負担額）等のお支払い方法

毎月 15 日までに前月分の請求をいたしますので、月末日までに口座振替にてお支払いください。

7. 事業所の特徴等

(1) 事業の目的

株式会社 Vitaly が開設するデイサービスセンターが行う指定通所介護事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定めて、指定通所介護サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供に当たる従業者が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護・指定予防介護通所介護を提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

従業者は、要介護者等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ができるよう、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、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様の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

(3) その他

i;) 通所介護計画の作成及び実践と事後評価

(ア) 当事業所の生活相談員が、利用者様の直面している課題等を評価し、ニーズやご希望を踏まえて、通所介護計画・予防介護通所計画を作成し利用日ごとに実践いたします。また目標の達成状況の評価し、その結果を書面に記載し、利用者に説明し交付します。

ii;) 従業員研修について

(イ) 年間 12 回程度 介護技術や社会福祉制度についてなどの研修を行っています。

8. サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1)

当事業所における苦情の受付	窓口責任者：坂本 剛（管理者） ご利用時間：午前 8:00～午後 5:00 ご利用方法：電話 0299-95-6874 面 接 当事業所相談室にて 苦 情 箱 当事業所玄関脇に設置
利用者様又は家族等から苦情の申し出があった場合は、別途定める「利用者様からの苦情の処置の為に講ずる措置」にもとづき真摯に受け止め、その解決に向けた取り組みを行い、申し出者に回答するとともに再発を防止し必要に応じてその事案を開示します。	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

申し出者は市及び県機関に苦情の申出をすることができます

潮来市高齢福祉課	〒311-2493 潮来市辻 626 電話 0299(63)1111 FAX 0299(80)1100
茨城県国民健康保険団体連合会	〒310-0852 水戸市笠原町 978-26 茨城県市町村会館内 電話 029(301)1550 FAX 029(301)1575
茨城県社会福祉協議会	〒310-0851 水戸市千波町 1918 茨城県総合福祉会館内 電話 029(241)1133 FAX 029(241)1134
千葉県国民健康保険団体連合会	〒263-0016 千葉市稲毛区天台 6 丁目 4-3 電話 043(254)7318 FAX 043(254)7401
千葉県社会福祉協議会	〒260-8508 千葉市中央区千葉港 4-3 電話 043(245)1101 FAX 043(244)5201
神栖市長寿介護課	〒314-0121 神栖市溝口 1746-1 保健福祉会館内 電話 0299(91)1702 FAX 0299(93)2399
鹿嶋市介護長寿課	〒314-8655 鹿嶋市大字平井 1187-1 電話 0299(82)2911 FAX 0299(82)2934
行方市介護福祉課	〒311-3512 行方市玉造甲 404 電話 0299(55)0111
香取市高齢者福祉課	〒287-8501 香取市佐原口 2127 番地（市役所 1 階） 電話 0478(50)1208 FAX 0478(79)6160

9. 利用者様の記録や情報の開示について

関係法令に基づいて、利用者様の記録や情報を適切に管理し、利用者様の求めに応じてその内容を開示します。又、利用者及びご家族の情報の使用に関してはあらかじめ別紙個人情報使用同意書により同意を得た上、使用させていただきます。

10. 緊急時等における対応方法

利用者様の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者様の主治医	所属医療機関の名称	
	氏 名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

11. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者様の家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (3) 事業者は、利用者様に対するサービスの提供により発生した事故等により利用者様の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意または過失によらない場合は、この限りではありません。

12. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者（管理者）

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同

居人等)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します。

13. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。

(2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

(3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

14. ハラスメントについて

第17条 禁止行為

(1) 職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)

(2) 職員に対する精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為)

(3) 職員に対するセクシュアルハラスメント(意に添わない性的誘いかけ、好意的態度等の要求等、性的ないやがらせ行為)

15. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

(1) 事業所は、従業者に対し、業務継続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するものとします。

(2) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

16. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。
避難訓練	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。 利用者様の皆様にはご参加・ご協力を求める場合があります。

17. サービスの利用に当たっての留意事項

- (1) 健康状態に異常がある場合には、その旨お申し出ください。
- (2) 機能訓練室を利用する際には、必ず職員に申し出てその指導及び見守り・介助を受けてください。
- (3) 浴室を利用する際には、必ず職員に同行・立会いを求め、その見守り・介助を受けてください。
- (4) トイレを利用する際には、職員にご連絡の上必要に応じその見守り・介助を受けてください。
- (5) 利用時の施設からの外出は原則禁止させていただきますが、職員同行にて外出レクリエーションや機能訓練を目的にした散歩等はこの限りとはいたしません。
- (6) 施設内の設備や備品は本来の使用法又は職員の指示に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償いただく場合があります。
- (7) 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- (8) 貴重品は自己の責任で管理してください。尚、不必要な金品のご持参はご遠慮ください。
- (9) 他の利用者などへ迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。
- (10) 心身共に自身・他者に苦痛等を与えると認められたとき又は、迷惑行為があった場合は注意喚起をさせていただきます。
- (11) 安全にご利用して頂くために、必ず職員の指示に従ってください。

18. その他の重要事項

- (1) 事業者及びその従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者様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。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者様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、利用者様の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者様の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、当該家族の個人情報を用いません。
- (4) 事業者は通所介護サービスの提供にあたり、介護支援専門員及び保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。
- (5) 事業者は、利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者様の家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (6) 事業者は、事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (7) 事業者は、利用者様に対するサービスの提供により発生した事故等により利用者様の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意または過失によらない場合は、この限りではありません。

19. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話などでお申し込み下さい。当社職員がお伺いいたします。

通所介護契約書作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの終了

① 利用者様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1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

施設の滅失や重大な毀損及び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頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

i) 利用者様が介護保険施設に入所した場合

ii) 介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合 ※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

iii) 利用者様がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

④ その他

i) 利用者様が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず2週間以内に支払わない場合、又は利用者様や御家族などが当社や当社のサービス従業者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合には、文書で通知することによりすぐにサービスを終了とさせていただきます。

20. 重要事項の変更

本重要事項に変更が生じる場合は、その1ヶ月前までに変更が生じる条項を明記した書類を交付の上、面談で説明し、当事業所と利用者及び家族の署名・捺印を記した変更約定書を作成いたします。

21. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者による評価 の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり 2. なし
	②. なし		

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供開始にあたり、本書面に基づいて上記重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 茨城県潮来市日の出4丁目2番6
名称 ふくふく潮来 ㊞

説明者 (印)

私は、本書面に基づいて、甲から上記重要事項の説明を受けました。
私は、指定通所介護サービスの提供開始に同意します。

利用者様

住所

氏 名 (印)

代理人（選任した場合だけで可）

住所

氏 名 (印)