

「指定通所介護」「第1号通所事業」

重要事項説明書

令和8年6月1日改訂

当事業所は介護保険の指定を受けています
(高崎市指定 第1070203623号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスおよび第1号通所事業を提供します。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、原則として要介護認定の結果「要介護」または「要支援」「事業対象者」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1 事業者の内容

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 株式会社 エムダブルエス日高 |
| (2) 法人所在地 | 群馬県高崎市日高町349 |
| (3) 電話番号 | 027-362-0691 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 五十嵐 正雄 |
| (5) 設立年月 | 昭和52年10月 |

2 事業所の概要

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 事業の種類 | 指定通所介護事業（指定年月日：令和5年3月1日）
第1号通所事業 ※当事業所は単独型通所介護施設です。 |
| (2) 事業所の名称 | エムダブルエス日高南陽台デイトレセンター |
| (3) 事業所の所在地 | 群馬県高崎市吉井町南陽台二丁目1-6 |
| (4) 電話番号 | 027-395-0666 |
| (5) 管理者 | 秋山 芳紀 |
| (6) 利用定員 | 34名 |
| (7) サービスを提供する地域 | 高崎市
藤岡市
甘楽町
富岡市

※左記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください |
| (8) 営業日及び営業時間 | |
| 営業日 | 月曜から土曜日（祝祭日も含む） |
| 休業日 | 日曜日・年末年始（12月30日～1月3日） |
| 営業時間 | 午前8時00分から午後5時00分 |
| サービス提供時間 | 午前8時30分から午後4時30分 |

(9) 職員の配置状況

ご契約者に対して指定通所介護サービスおよび介護予防・日常生活支援総合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。

<職員体制>

管理者	事業所の統括管理をします
看護職員	主にご契約者の健康管理や療養上の援助を行います、日常生活上の介護、介助等も行います
機能訓練指導員	心身機能の維持・向上のための訓練指導・助言等を担当します
生活相談員	日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います
介護職員	日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います

<主な職員の配置状況> 通所介護と総合事業に対応

管理者	1名
看護職員	1日に0.5名以上
機能訓練指導員	1日に1.5名以上
生活相談員	1日に1名以上
介護職員	1日に5名以上

※職員の配置については、指定基準を遵守し、その他必要に応じて職員を配置することがあります。また、各種加算を算定する場合は加算算定に必要な人員を配置します。

3 提供するサービスの内容

(1) 入浴に関すること（入浴サービスは、ケアプランに基づいたサービスです。）

入浴、又は清拭を行います。浴槽は個別浴槽です。（2台完備）お湯はお一人毎に入れかえますので、いつでも清潔な入浴を行うことができます。

シャワーチェア等を用いながらご契約者様の身体状況に合わせた個別サービスを行います。また、日常生活リハビリ、機能訓練の一環として住み慣れた在宅での暮らしが継続できるようなサービスを行います。

(2) 身体の介護に関すること

日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。

ア. 排泄の介助

イ. 移動・移乗の介助

ウ. 利用日ごとに血圧・体温等の測定、全身状態の把握

エ. その他必要な身体の介護

(3) 食事に関すること

食事を希望する利用者に対して、必要な食事サービスを提供します。

ア. 食事の準備、配膳下膳の介助

イ. 食事摂取の介助

ウ. その他必要な食事の介助

(4) 機能訓練に関すること

体力や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動作を獲得するための訓練を行います。

(5) リハビリプログラムに関すること

利用者が、自分らしく、生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送ることができるよう、各種リハビリプログラムを実施します。

これらの活動を通じて、利用者自身の仲間づくり、老いや障害の受容、体力作りや心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒の安定を図ります。

また、予防、利用者の自立支援を目的に、体力や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併せて行います。

(6) 送迎に関すること

障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者については、送迎サービスを提供します。

(7) 相談・助言に関すること

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。

ア. 疾病や障害に関する理解を深めるための相談・助言

イ. 日常生活動作や具体的な介護方法に関する相談・助言

ウ. 自助具や福祉機器、居住環境の整備に関する相談・助言

エ. その他在宅生活全般にわたる必要な相談・助言

4 サービス利用料金

厚生労働大臣が定める基準（総合事業においては各市町村の総合事業実施要項に定める基準）に基づき、指定通所介護サービスの利用料金から介護保険給付費額を除いた金額をお支払いいただきます。

1 単位あたり 10.27 円(地域単価)を乗じた額を利用料金とし、市区町村が発行する「介護保険負担割合証」に準じて、その 1 割または 2 割・3 割相当額をご契約者よりご負担いただきます。

（１）通所介護：要介護 1～5 に区分された方

※通常規模型【高齢者虐待防止措置の実施・業務継続計画策定基準型】

介護度・単位 所要時間	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
3 時間以上 4 時間未満	370	423	479	533	588
4 時間以上 5 時間未満	388	444	502	560	617
5 時間以上 6 時間未満	570	673	777	880	984
6 時間以上 7 時間未満	584	689	796	901	1,008
7 時間以上 8 時間未満	658	777	900	1,023	1,148
8 時間以上 9 時間未満	669	791	915	1,041	1,168
加 算	単位	加 算 要 件			
入浴介助加算（Ⅱ）	55 単位/日	個別入浴計画書を作成し、入浴介助を行なった場合。			
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76 単位/日	専従の機能訓練指導員が直接訓練を行った場合。			
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月	機能訓練計画等の内容を LIFE へ提出し、フィードバックを活用する場合。			
生活機能向上連携加算Ⅱ	100 単位/月	訪問リハビリ等のリハビリ職と連携し訓練等を行う場合。			
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	①ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出する。 ②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する。			
ADL 維持等加算（申し出済・非算定）		一定の研修を受けた者により BarthelIndex を用いて評価を実施。厚生労働大臣が定める基準を満たした場合に算定。			
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位/月 2 回まで	※任意でのサービス。			
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位/回。直接提供する職員総数のうち、介護福祉士の職員を 100 分の 50 以上配置				
送迎を行わない場合の減算	▲47 単位 / 片道	利用者自ら通う場合、家族が送迎を行う場合。			
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	算定した単位数の合計額に 11.8%を乗じた額				

- ☆ 上記料金算定の基本となる所要時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画または介護予防サービス・支援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とします。
- ☆ 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、全額がご契約者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合や、保険料の滞納等により事業者が直接介護保険給付が行われない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。引き換えにご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更額に応じてご契約者の負担額を変更します。

(2) 第1号通所事業の方

※1月あたりの単位数

項 目	説 明	単位数
通所型サービス 1	(ケアプランに基づき)概ね週 1 回程度ご利用の場合。	1,798 単位
通所型サービス 2	(ケアプランに基づき)概ね週 2 回程度ご利用の場合。	3,621 単位
加 算	加 算 要 件	単位数
生活機能向上連携加算Ⅱ	訪問リハビリ等のリハビリ職と連携し訓練等を行う場合。	200 単位
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160 単位 ※任意でのサービス。	
科学的介護推進体制加算	①ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出する。 ②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する。	40 単位/月
サービス提供体制強化加算	72 単位/通所型サービス 1。 144 単位/通所型サービス 2。	
送迎を行わない場合の減算	▲47 単位 / 片道 利用者自ら通う場合、家族が送迎を行う場合。	
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	算定した単位数の合計額に 11.8% を乗じた額	

※1 単位あたり 10.27 円 (高崎市)、10 円 (藤岡市、甘楽町)

- ☆ 入浴や送迎に関する費用は、基本料金に含まれています。
- ☆ 総合事業対象の方で、「要支援」の区分に認定されている場合には、週の利用日数に関わらず、「通所型サービス 1・2」に沿った単位数 (通所型 1・2) とみなします。
- ☆ 総合事業サービスについては、各市町村が独自に定める料金体系となります。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

①食事の提供

一食あたり 800 円

※食事のご利用はご希望者のみとなります。食材準備の都合上、体調不良以外の当日キャンセルにつきましてはキャンセル代として実費分（800 円）のご負担をいただきますのでご注意ください。

②レクリエーション・各種教室プログラムにかかる費用

材料代等の実費をいただきます。

③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契約者に負担いただくことが適当と認められる費用はご契約者の負担となります。

リハビリパンツ代：100 円 尿取りパット：50 円 マスク：100 円（2 枚）

※出来るだけご持参をお願い致します。

(4) 利用料金のお支払い方法

- ・利用料金は、サービス提供月の翌月 15 日までに「請求書兼口座振替通知書」にてご請求させていただきます。
 - ・お支払い方法は、原則として、ご契約者様の指定する銀行口座（ゆうちょ銀行・農協等を含む全国の金融機関）からの口座振替とし、提供月の翌月 27 日（銀行休行日の場合は翌営業日）にお支払いいただきます。
- なお、口座振替手続き完了までの間、現金または振込にてお支払いいただく場合があります。

5 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までに事業者へ申し出てください。
- ・利用予定日の前日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、取消料として食費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は、この限りではありません。
- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の都合等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利用可能な日時をご契約者と協議します。

6 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 TEL 027-395-0666 FAX 027-395-0667（問題解決担当責任者 秋山芳紀）
- ・受付時間 毎週月曜日～土曜日 午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

高崎市役所 介護保険担当課	所在地 高崎市高松町 53-1	TEL 027-321-1111
藤岡市役所 介護保険担当課	所在地 藤岡市中栗須 327	TEL 0274-22-1211
富岡市役所 介護保険担当課	所在地 富岡市富岡 1460-1	TEL 0274-62-1511
甘楽町役場 介護保険担当課	所在地 甘楽町小幡 161-1	TEL 0274-74-3131
国民健康保険団体連合会	所在地 前橋市元総社町 335-8	TEL 027-290-1323
群馬県社会福祉協議会	所在地 前橋市新前橋町 13-12	TEL 027-255-6033

7 サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- (1) ご契約者の生命・身体・財産の安全確保に配慮します。
- (2) ご契約者の体調・健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取・確認します。
- (3) ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- (4) ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。

8 サービスの利用に関する留意事項

◇施設・設備の使用上の注意

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。また、当事業所の職員に対するハラスメント行為（暴言・暴力、誹謗中傷、性的嫌がらせ、長時間に及ぶ拘束、背信行為等）などにより、健全な信頼関係を築くことが困難であると判断した場合は、サービス中止や契約を解除することがあります。
- ④ サービス利用中に当事業所の職員や他の利用者の写真や動画撮影・録音等を無断で行うことはできません。また、SNS等への無断掲載も同様です。
- ⑤ 事業所内は敷地内含め全面禁煙です。
- ⑥ 金銭、飲食物の持ち込みについて、手動販売機・移動スーパーの訪問販売など実践リハビリの観点からお金の持ち込みは3,000円までを可と致します。なお、お金や貴重品等は自己管理になりますので盗難紛失の責任は負いかねます。予めご了承下さい。
- ⑦ 自身の体調を出来るだけ自己管理するという観点から、飲食物（お茶・水）の持ち込みを可と致します。また、施設内に冷蔵庫もご用意していますのでご希望の方はご利用下さい。なお、他の利用者様への飲食物を含むもののやり取りは健康被害を及ぼす可能性があるためご遠慮下さい。（職員へのお心遣いもご遠慮下さい。）
- ⑧ リハビリ型デイサービスにおける自己選択式の運動療法やリハビリには転倒のリスクを伴うことがあります。
「絶対に転倒させないで下さい」という要望には応じかねますのでご理解ください。

9 サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

- ・ 契約の有効期間は、契約締結の日からご契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は同条件で更新され、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、仮に以下の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。
 - ① ご契約者が死亡した場合
 - ② 自立かつ事業対象者でなくなった場合、介護認定によりご契約者の心身の状況が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）

10 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7日前までにお申し出ください。

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 ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画」「介護予防サービス・計画」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介護予防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 他の利用者がご契約者の身体・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

11 事業者からの契約解除の申し出

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3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
- 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
- ④ ご契約者またはその家族が、事業者又はサービス従事者に対し、ハラスメント行為（暴言・暴力、誹謗中傷、性的嫌がらせ、長時間に及ぶ拘束等）を行った場合
- ⑤ ご契約者またはその家族が、事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の写真や動画撮影、録音等を無断で行なった場合やこれらをSNS等へ無断で掲載した場合

12 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。

13 緊急時・事故発生時の対応について

事業者は、現に介護予防通所介護・通所介護・総合事業対象者へサービスの提供時、利用者病状の急変・事故発生時・その他必要な場合には、家族または緊急連絡先へ連絡すると共に速やかに主治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。

14 損害賠償について

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。

ただし、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場合があります。

15 秘密保持について

- (1) 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およ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) 前項にかかわらず、契約書にかかわるサービス担当者会議や医療機関との情報交換など、正当な理由がある場合には、契約者又はその家族等の個人情報を用いることに契約者は同意します。

16 個人情報の開示について

事業者がサービス提供を行う上で必要なご契約者およびその家族に関する個人情報を行政機関や医療機関が事業者に対して開示することをご契約者は承諾するものとします。

17 第三者評価について

当事業所は、第三者評価を実施しておりません。

18 虐待防止について

- (1) 事業者は管理者を虐待防止に関する責任者として選定しています。
- (2) サービス従事者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (3) サービス利用中に、サービス従事者または家族（同居者・親族含む）による虐待を受けたと思われるご契約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。

19 身体拘束について

事業者は、原則としてご契約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、ご契約者本人または他の利用者の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる場合は、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、ご契約者本人または他の利用者の生命・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の利用者の生命・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…ご契約者本人または他の利用者の生命・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。

20 感染症予防（衛生管理等）

- (1) 指定通所介護事業所において感染症が発生し、または蔓延しないように必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言・指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

21 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する防火管理者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、その他必要な訓練を行います。

重要事項説明書 兼 同意書

令和 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス・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の説明を行いました。

エムダブルエス日高 南陽台デイトレセンター

説明者職名・氏名

私及び家族は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス・指定通所介護サービスの提供開始に同意し、交付を受けました。

ご利用者又はご家族住所

氏 名 (ご利用者とのご関係：)

ご利用者氏名 _____

※上記の同意者がご利用者と異なる場合

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。
