

**通所介護**  
**ONE'S リハビリデイサービス**

**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**

|            |   |
|------------|---|
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社ANCHOR <sup>アンカー</sup>                    |
| 主たる事務所の所在地 | 〒861-2233 熊本県上益城郡益城町馬水 808 番地 5               |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 金澤 浩                                    |
| 設 立 年 月 日  | 平成 25 年 4 月 24 日                              |
| 電 話 番 号    | 電話 096 - 282 - 8612      FAX 096 - 282 - 8613 |

**2. 事業所の概要**

|             |                                 |            |
|-------------|---------------------------------|------------|
| 事業所の名称      | ONE'Sリハビリデイサービス                 |            |
| 事業所の所在地     | 〒861-2233 熊本県上益城郡益城町馬水 808 番地 5 |            |
| 電 話 番 号     | 096 - 282 - 8880                |            |
| F A X 番 号   | 096 - 282 - 8881                |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和 7 年 4 月 1 日 指定               | 4372802241 |
| 実施単位・利用定員   | 2 単位                            | 定員 19 人    |
| 通常の事業の実施地域  | 益城町、熊本市(東区・中央区)、嘉島町、御船町、西原村     |            |
| 併 設 事 業 所   | 一心リハビリテーション訪問看護ステーション           |            |

**3. 運営の方針**

(1) 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。

(2) 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

##### (1) 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。

##### (2) 健康状態の確認

血圧、脈拍、血中酸素飽和濃度等測定を行い健康状態の確認を行います。

##### (3) 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。

##### (4) 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。

##### (5) その他日常生活上の援助

利用者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      | 月曜から金曜日まで（祝日を含む）                            |
| 営業時間     | 午前8時30分から午後5時30分まで                          |
| 休業日      | 土曜・日曜<br>年末年始（12月30日から1月3日まで）               |
| サービス提供時間 | 1単位目：午前9時から午後12時まで<br>2単位目：午後1時30分から4時30分まで |

#### 6. 事業所の従業員の体制

（令和7年4月1日現在）

| 職種      | 常勤 |    | 非常勤 |    |
|---------|----|----|-----|----|
|         | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |
| 管理者     |    | 1人 |     |    |
| 生活相談員   | 1人 |    |     |    |
| 看護職員    |    | 1人 |     |    |
| 介護職員    | 1人 |    | 2人  |    |
| 機能訓練指導員 | 1人 |    | 1人  |    |

## 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：通所介護費】（通常規模型）

| 所要時間  | 利用者の要介護度 | 通所介護費（1回あたり）   |                  |                                |
|-------|----------|----------------|------------------|--------------------------------|
|       |          | 単位数<br>※(注4)参照 | 基本利用料<br>※(注1)参照 | 利用者負担金<br>(1割負担の場合)<br>※(注2)参照 |
| 3～4時間 | 要介護1     | 370            | 3,700円           | 370円                           |
|       | 要介護2     | 423            | 4,230円           | 423円                           |
|       | 要介護3     | 479            | 4,790円           | 479円                           |
|       | 要介護4     | 533            | 5,330円           | 533円                           |
|       | 要介護5     | 588            | 5,880円           | 588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<br>※(注1)参照 | 利用者負担金<br>(1割負担の場合)<br>※(注2)参照 |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ）<br>（月2回まで）  | 150           | 1,500円           | 150円                           |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ<br>（1回につき） | 76            | 760円             | 76円                            |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）<br>（月1回）    | 20            | 200円             | 20円                            |
| 科学的介護推進体制加算<br>（月1回）    | 40            | 400円             | 40円                            |
| 送迎減算(片道につき)             | -47           | -470円            | -47円                           |

(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。

(注4) 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数が所定単位数に加算されます。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合には、当該加算の期間が終了した月の翌月から更に3月以内に限り、引き続き1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数が所定単位数に加算されることがあります。

## (2) その他の費用

|       |  |
|-------|--|
| 飲料費   | 30円(1杯あたり)   |
| おむつ代等 | 紙おむつ 100円/枚<br>パッド 30円/枚   |
| 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10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、利用予定日の前営業日17時30分までに事業所に申し出てください。利用日の前営業日17時30分までに連絡がなく、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 |
|----------|--------|

|                                  |               |
|----------------------------------|---------------|
| ご利用日の前営業日 17 時 30 分までにご連絡いただいた場合 | 無料            |
| ご利用日の前営業日 17 時 30 分までにご連絡がなかった場合 | 利用者負担金の 50%の額 |

#### (4) 支払い方法

毎月の利用料のお支払いは以下の方法から選択してください。

1) 各種金融機関口座からの自動引き落とし

毎月 26 日にご指定の金融機関口座から自動的に引き落とされます。

2) 現金でのお支払い

毎月、10 日までに前月分の請求を致しますので 26 日までにお支払いください。

#### 8. サービスの利用に当たっての留意事項

(1) 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。

(2) 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します。

(3) 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。

#### 9. 秘密保持及び個人情報の保護

(1) 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。

(2) 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ダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

(3) 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ん。

#### 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、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|                |                                    |        |
|----------------|------------------------------------|--------|
| 利用者の主治医        | 医療機関の名称<br>氏 名<br>所 在 地<br>電 話 番 号 |        |
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏名 (利用者との続柄)<br>電 話 番 号            | (続柄: ) |

### 1 1. 事故発生時の対応

通所介護の提供により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、損害賠償を速やかに行います。

### 1 2. 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。

|  |
|--|
| 措置の概要  |
| <p>【相談及び苦情に関する窓口】</p> <p>連絡先 電話 096-282-8880 FAX 096-282-8881<br/>所在地 熊本県上益城郡益城町馬水808番地5<br/>担当者 金澤恭子(管理者)</p> <p>【対応可能な曜日・時間帯】</p> <p>月～金曜日 午前8時30分から午後5時30分まで</p> <p>【その他苦情申立の窓口】</p> <p>益城町福祉課 096-234-6113<br/>上益城振興局福祉課 096-282-0215<br/>熊本市介護事業指導課 096-328-2793<br/>熊本県高齢者支援課 096-333-2215<br/>熊本県国民健康保険団体連合会 096-214-1101</p> |

### 1 3. 非常災害対策

(1) 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。

(2) 事業所は、防災計画に基づき、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。

#### 14. 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7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7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。

##### 1) 利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合

##### 2) 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

##### 3) 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。

①事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合

②事業者が、守秘義務に反した場合

③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

④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。

①利用者の利用料等の支払いが2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

②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

当事業所が重要事項説明書の内容を説明し、利用者が説明を受けたことを証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者が記名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 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。

|     |       |                    |   |
|-----|-------|--------------------|---|
| 事業者 | 所在地   | 熊本県上益城郡益城町馬水808番地5 |   |
|     | 名称    | 株式会社 ANCHOR        |   |
|     | 事業所名  | ONE'S リハビリデイサービス   |   |
|     | 代表取締役 | 金澤 浩               | 印 |

|     |    |  |   |
|-----|----|--|---|
| 説明者 | 職名 |  |   |
|     | 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<br>(選任した場合) | 住所 | _____ |   |
|                 | 氏名 | _____ | 印 |

本人との続柄 \_\_\_\_\_