

No. _____

重要事項説明書

(通所介護・日常生活支援総合事業第一号通所事業)

利用者氏名 _____ 様

あすかフィジカルセンター 町田

医療法人社団 明日佳

1 事業者概要

事業者の名称 医療法人社団明日佳
法人代表者氏名 理事長 西 亨
法人所在地 東京都杉並区上荻一丁目 9 番 1 号一D 荻窪タウンセブンビル D3 階
電話番号 03-5347-0255 (FAX 03-5347-0266)
設立年月日 平成 8 年 8 月 21 日
ホームページ <https://asuka-group.jp>

2 事業所概要

事業所の名称 あすかフィジカルセンター町田
事業所の住所 神奈川県相模原市南区上鶴間本町 5 丁目 16 番 3 号 グランドマスト町田 1 階
営業日 月曜日から土曜日 (休日：日曜、祝祭日、12/30～1/3)
営業時間 午前 8 時 30 分から午後 17 時 30 分
電話番号 042-702-1550 (FAX 042-702-1551)
指定事業所番号 1472610847 号 (令和 2 年 10 月 1 日指定)

3 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

要介護状態、要支援状態、事業対象者にある利用者に対して適正な通所介護、第一号通所事業（介護予防通所型サービス）を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

事業所の従事者は、要介護・要支援・事業対象者状態等の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、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さらに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家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。事業の実施にあたっては、区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

4 職員体制と職務内容（人数は従業員数）

職種	1 単位目	2 単位目	職務内容
管理者	1 名	1 名	従業員の管理及び業務の管理を一元的に行い、当該事業所の従業員に法令及びこの規程を遵守させるため必要な命令を行う。
生活相談員	1 名	1 名	利用者及び家族からの相談を受けること、通所介護の業務に従事するとともに、通所介護の利用申込に係る調整の補助、及び他の従事者と協力して通所介護計画、介護予防通所型サービス計画の作成等を行い、利用者に対し日常生活上の介護その他必要な相談業務の提供にあたる。
看護職員	5 名	4 名	利用者の心身の状況を的確に把握し、必要な日常生活上の健康管理、療養上の相談業務を行ない、緊急時にはその対応を行なう。
介護職員	12 名	9 名	利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務の提供にあたる。
機能訓練指導員	4 名	4 名	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。

5 利用定員

一単位目 30名 二単位目 30名

6 営業日・営業時間・サービス提供時間

営業日 月曜日～土曜日（但し、祝日・年末年始 12/30～1/3 を除く）

営業時間 8:30～17:30

提供時間 一単位目 9:00～12:00 二単位目 13:20～16:20

7 通常の事業の実施地域

相模原市 上鶴間本町、上鶴間、東林間、相南、相模大野、松ヶ枝町、南台 1～5 丁目、御園、旭町、豊町、栄町、文京、鶴野森、若松、東大沼

町田市 鶴間（国道 246 号線より西側かつ国道 16 号線より北側の地域、また丁目はのぞく）、南つくし野 1 丁目、南つくし野 4 丁目、小川、南町田、南成瀬 1～6 丁目、成瀬が丘、金森、金森東、成瀬（丁目はのぞく）、南大谷、原町田、高ヶ坂、中町、旭町、森野

大和市 つきみ野、下鶴間 1400～1600、中央林間西 4 丁目、中央林間

※上記の市町村以外であってもサービスの提供は可能です。

ただし、その場合は別紙利用料金表に記載の交通費を申し受けます。

8 サービス内容

（１）身体介護に関すること

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。

排泄の介助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体の介護

（２）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的動作を獲得するための訓練を行います。

（３）アクティビティ・サービスに関すること

利用者が、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、アクティビティ・サービスを実施する。これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障害の受容、心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒安定を図ります。

レクリエーション、音楽活動、制作活動、行事的活動、体操

（４）送迎に関すること

ご利用者に対し送迎サービスを提供します。送迎車両には通所介護、第一号通所事業サービス従事者が添乗し、必要な支援を行います。

（５）相談・助言に関すること

ご利用者及びそのご家族様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。

9 サービスの利用方法等

（１）ご利用申し込み

居宅介護支援事業所に居宅サービス計画(ケアプラン)、あるいは地域包括支援センターへ介護予防サービス計画表、介護予防マネジメントケアプランの作成を依頼している場合は、事前に担当職員にご相談下さい。本書によりサービス提供に関する重要事項をご説明し、利用者の同意を得たうえで契約書をもって締結します。

（２）重要事項の説明・サービス提供のご契約

ご利用に関わる重要事項の説明をし、ご了承を頂いてからご契約を交わさせていただきます。心身状況より病状、痛みの確認、姿勢の評価をさせていただきます。

(3) 通所介護計画、介護予防通所型サービス計画の作成、同意・交付

通所介護計画書、介護予防通所型サービス計画書を基に通所介護計画、介護予防通所型サービス計画を作成し、同意を得て交付します。

(4) 通所介護、介護予防通所型サービスの提供

通所介護計画、介護予防通所型サービス計画に沿ってサービスを提供致します。

(5) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の3日前までにお申し出ください。

②人員不足等ややむを得ない事情により、サービスを終了させていただく場合がございますが、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利用者が介護保険施設に入所した場合、要介護認定区分が「非該当(自立)」となった場合、亡くなられた場合は自動的に終了とさせていただきます。

(6) その他

①当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、利用者の個人情報をみだりに漏洩した場合、利用者やそのご家族に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。

②サービスのお支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにも係わらず14日以内にお支払いいただけない場合、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただきます場合があります。

③利用者やそのご家族が、当事業所やその従業員に対して契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合には、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

10 利用料金

料金表一覧のとおり

介護保険を利用する場合の負担割合は、区市町村が発行する負担割合証によって、1割～3割負担になります。ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担率によります。

【請求とお支払い方法】

(1) 請求

利用料、その他費用は、月ごとに請求させていただきます。

請求書は、サービス利用月の翌月20日までに発行し、通知いたします。

(2) お支払い方法

サービス利用翌月27日までに下記の方法よりお支払いください。

(ア) 利用者指定のお口座より引き落とし

(イ) 事業者指定の口座へお振り込み（手数料はご負担ください）

(3) 領収書の発行

入金の確認が取れましたら、領収書を発行いたします。再発行は致しかねますので、大切に保管してください。

【料金表一覧】

令和 6 年 4 月 1 日現在

- ・対象となる費用および加算は以下の表より対象となる項目にチェックのついているものを適用します。
- ・条件の変更（介護区分の変更、施設の加算要件の変更など）の場合は適用項目の変更を都度行います。

【介護保険基本料金及び加算料金】（通常規模型 通所介護費・3 時間以上 4 時間未満）

介護の方 4 級地 10.54 円	単位	利用料金	負担割合 1 割・2 割・3 割	チェック
要介護 1 の方	370 単位	3900 円/日	390 円/780 円/1170 円/日	<input type="checkbox"/>
要介護 2 の方	423 単位	4459 円/日	446 円/892 円/1338 円/日	<input type="checkbox"/>
要介護 3 の方	479 単位	5049 円/日	505 円/1010 円/1515 円/日	<input type="checkbox"/>
要介護 4 の方	533 単位	5618 円/日	562 円/1124 円/1686 円/日	<input type="checkbox"/>
要介護 5 の方	588 単位	6198 円/日	620 円/1240 円/1860 円/日	<input type="checkbox"/>
個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位	590 円/日	59 円/118 円/177 円	<input type="checkbox"/>
個別機能訓練加算Ⅰロ	76 単位	801 円/月	81 円/162 円/243 円	<input type="checkbox"/>
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位	210 円/月	21 円/42 円/63 円	<input type="checkbox"/>
ADL 維持等加算Ⅱ	60 単位	632 円/月	64 円/127 円/190 円	<input type="checkbox"/>
科学的介護推進体制加算	40 単位	421 円/月	43 円/85 円/127 円	<input type="checkbox"/>
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位	63 円/日	6 円/13 円/19 円	<input type="checkbox"/>

【要支援・事業対象者の方】

介護保険基本料金及び加算料金：（通常規模通所介護費・3 時間以上 4 時間未満）

町田市の要支援・事業対象者の方				チェック
要支援 1・事業対象者の方（週 1）	1798 単位	17924 円/月	1927 円/3855 円/5782 円/月	<input type="checkbox"/>
要支援 2 の方（週 1 回）	1811 単位	18374 円/月	1941 円/3883 円/5824 円/月	<input type="checkbox"/>
要支援 2・事業対象者の方（週 2 回）	3621 単位	36748 円/月	3882 円/7763 円/11645 円/月	<input type="checkbox"/>
相模原市の要支援・事業対象者の方				チェック
要支援 1・2・事業対象者の方 （1 回～4 回以下利用）	455 単位	4796 円/回	478 円/956 円/1434 円/日	<input type="checkbox"/>
要支援 1・2・事業対象者の方 （月 5 回目利用）	455 単位	4796 円/月	478 円/956 円/1434 円/日	<input type="checkbox"/>
要支援 2・事業対象者の方 （月 8 回以下利用）	455 単位	4796 円/回	478 円/956 円/1434 円/日	<input type="checkbox"/>
要支援 2・事業対象者の方 （月 9 回～10 回利用）	455 単位	4796 円/月	478 円/956 円/1434 円/日	<input type="checkbox"/>
要介護・要支援・事業対象者共通				
科学的介護推進体制加算	40 単位	418 円/月	42 円/84 円/126 円	<input type="checkbox"/>
生活機能向上連携加算	100 単位	1054 円/月	106 円/211 円/317 円	<input type="checkbox"/>
介護職員処遇改善加算Ⅱ	総単位×9.0%			<input type="checkbox"/>

【料金計算式】

ひと月利用の合計単位数（基本単位+加算単位）×※地域区分単価＝費用合計

費用合計-（費用合計×{負担割合 0.9(1割)または 0.8(2割)または 0.7(3割)}）+保険外費用＝利用者負担額

※厚生労働省より定められている地域区分単価をかけた数字が利用料金となります。地域区分単価は事業所所在地の区市町村の等級で決められています。相模原市（4級地）＝1単位あたり 10.54 円

第一号通所事業の方（要支援・事業対象者）はお住まいの区市町村の等級になります。

相模原市の方 1 単位あたり 10.54 円（4 級地） 町田市の方 1 単位あたり 10.72 円（2 級地）

【1 ヶ月のご利用料金の目安】**（要介護の方）**

説明時の介護度（要介護 ） 自己負担割合証（ 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 ）

1 ヶ月のご利用金額の目安 _____ 円 （4 週で計算）

（相模原市、町田市の要支援・事業対象者の方）

説明時の介護度（要支援 ・ 事業対象者） 自己負担割合証（ 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 ）

1 ヶ月週 1 回 ご利用時のご利用料金の目安 _____ 円

1 ヶ月週 2 回 ご利用時のご利用料金の目安 _____ 円

注 1 加算費用については、対象となる費用のみ記載しています。

注 2 利用者負担額は、厚生労働省に定められた計算法に基づき計算しておりますが、実際の請求において合算のうえ計算した金額と端数において多少の誤差が生じる場合がございますのでご了承下さい。

注 3 人員配置・算定要件により、加算の算定・変更となる場合があります。

注 4 介護保険の場合は利用料金の 1 割、2 割あるいは 3 割が利用者負担額になります。（利用者負担の減免、公費負担がある場合などはその負担率によります。）

注 5 利用者の介護保険の区分支給限度額を超えた場合は超えた単位数は保険対象外となり、全額自己負担していただきます。（利用料金の 10 割負担）

【介護保険給付対象外サービスの利用料】

おむつ代	おむつ 100 円 尿取りパット 50 円
通常の実施地域を超える交通費	提供地域を越えた地点から片道当たり 5 k m 未満 : 200 円 5 k m 以上 10 k m 未満 : 400 円
テーピング代	1 カット 100 円
その他日常生活費	希望されるアクティビティにかかる材料費の実費

※但し、自宅に帰れない等の状況に陥った場合など必要な方には実費で提供時間外の食事の対応は可能です。

11 緊急時の対応方法

・病状等の急変時、非常事故など

サービスの提供中に容体の急変等の緊急事故が発生した場合は事前の打ち合わせにより、利用者の主治医、救急隊、利用者の家族、介護支援専門員(ケアマネージャー)、地域包括支援センターの担当者等に連絡いたします。

・非常災害時

サービス提供中に天災、その他非常災害が発生した場合は、消防計画にそって、利用者を安全な場所への避難誘導を講じます。安全の確認後利用者の家族へ必要な連絡をいたします。

防火管理者 藤田 智子 防災訓練、避難訓練、通報訓練を年2回行なっています。

12 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者がお住まいの区市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業所あるいは地域包括支援センター等に連絡いたします。また、当事業所の介護サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに損害賠償いたします。なお、当事業所は損害保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

13 サービス内容等に関する苦情・相談について

サービスの内容等に苦情・相談がある場合は、下記の窓口にご連絡ください。

①	当事業所の窓口	〒252-0318 神奈川県相模原市南区上鶴間本町 5-16-3 1階 相談担当者 一丸 理 受付時間 午前8時30分～午後5時30分 電話 042-702-1550 FAX 042-702-1551
②	地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の窓口	
③	お住まいの区市町村の相談窓口	相模原市 福祉基盤課 042-707-7046 町田市 高齢者福祉課 042-724-2140 大和市 介護保険課 046-260-5669
④	お住まいの都県の国民健康保険団体連合会	神奈川県 0570-022-110 東京都 03-6238-0177 (苦情相談窓口へ直通)

14 記録の保管

サービス提供の記録は保管し、記録の閲覧も可能です。写しが必要な場合は実費費用がかかります。交付に関しては本人及び家族に限ります。

15 重要事項説明書の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じる事が予想される場合や変更された場合には、利用者にはその内容を書面にて通知し、口頭で説明をいたします。書面での直接交付が難しい場合は郵便にて書面を送らせて頂きます。利用者の同意が必要とされるサービス内容の変更および料金表の変更の場合は別紙書面の同意書でご説明、同意、交付を行います。そのほかの変更点につきまして、書面にて交付し、交付日から1月以内にご不明点などご連絡が無い場合は同意したものとみなします。

16 個人情報の保護に関する取り扱いについて

事業所が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業所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利用者又はその家族の同意を得るものとする。

17 その他、留意事項

・利用のキャンセルについて

サービスのご利用前にキャンセル日時と事由についてご連絡をお願いいたします。度重なるキャンセルが続きますと契約の解除になる場合もありますので、ご注意ください。

・サービスの中止について

利用者様の健康状態によってはサービスを中止することがあります。また利用中急な体調不良などの場合においては緊急連絡先に連絡し、必要な措置を適切に行います。また他の利用者の健康に影響を与える可能性のある状態（感染症など）が明らかな場合、もしくは可能性でも速やかに申告をしてください。体調の改善までサービスの利用が難しい場合があります。

・送迎について

交通状況により、送迎車両の到着時間が予定よりずれる場合がありますので、自宅内にて待機していただきます。大幅に遅れる事態はご連絡を入れさせていただきます。

当事業所は、利用者及びご家族様に通所介護、第一号通所事業（介護予防通所型）サービスの提供開始にあたり、サービス内容を含む重要事項、料金について説明致しました。

令和 年 月 日

<事業所名称> あすかフィジカルセンター 町田

<事業所住所> 神奈川県相模原市南区上鶴間本町5丁目16番3号 グランドマスト町田1階

<管 理 者> 一丸 理

<説 明 者> _____

私は、サービス内容及び重要事項、料金について、あすかフィジカルセンター 町田から説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

<利用者> 住所 _____

氏名 _____ 印

<代理人> 住所 _____

氏名 _____ 印（続柄 ）