

# 重要事項説明書（通所介護）

## 1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 KOH R I N
代表者名	代表取締役 大野 誠三
所在地・連絡先	(所在地) 京都府宇治市菟道田中6番地の6 (電話) 0774-22-2939 (FAX) 0774-21-1112

## 2 事業所の概要

### （1）事業所名称及び事業所番号

事業所名	NEXTみらい
所在地・連絡先	(所在地) 京都府宇治市木幡正中46番地17 (電話) 0774-27-7555 (代表) (FAX) 0774-27-7556 (代表)
事業所番号	2671201362
管理者の氏名	上島 さおり
利用定員（単位）	30名 (1単位)

### （2）事業所の職員体制

令和6年10月現在

従業者の職種	人数 (人)	区分				職務の 内容等	
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			<ol style="list-style-type: none"><li>従業者の管理及び利用申し込みにかかる調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。</li><li>従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</li><li>利用者の心身の状況希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画書を作成すると共に利用者等への説明を行い同意を得ます。</li><li>利用者への通所介護計画書を交付します</li><li>通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います</li></ol>	

生活相談員	3	1	2			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、利用者及び家族等からの生活指導及び介護に関する相談に応じ援助などを行います</li> <li>2. それぞれのサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います</li> <li>3. 職員に対する技術指導、事業計画の作成、関係機関との連絡、調整を行います</li> </ol>
介護職員	13	1	4	7	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 通所介護計画書に基づき必要な入浴、食事等の介助及び援助を行う</li> </ol>
看護職員	3				3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の血圧体温測定等、健康状態のチェック、体調の管理及び指導、口腔機能の管理、指導、保健衛生上の指導や看護を行います</li> </ol>
機能訓練指導員	5		2	2	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 通所介護計画書に基づき、その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機能訓練を行います</li> </ol>

### (3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	宇治市（宇治川以西除く）伏見区役所醍醐支所管内
------------	-------------------------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

### (4) 営業日・営業時間等

営業日	平日・土曜日・祝日
営業時間	8：30～17：30
※ 営業しない日： 12月30日～1月4日	
サービス提供日	平日・土曜日・祝日
サービス提供時間	9：00～16：30

## 3 サービスの内容

種類	内容
食事	<p>(食事時間) 11：30～13：30の中で適宜（口腔体操・口腔衛生指導含む）</p> <p>利用者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も適切な援助を行います。</p>
入浴	<p>入浴又は清拭を行います。</p> <p>利用者の体調・状況に合わせて入浴介助を行うと共に入浴の自立に必要な介助を行います</p>
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
生活指導	利用者の生活面での指導・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	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	自宅から事業所までの間の送迎を行います。

### ■ 通所介護計画の作成及び評価等

居宅サービス計画に基づき、利用者様の直面している課題等を把握し、利用者様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。

また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者様に説明のうえ交付します。

## 4 費 用

介護保険の適用がある場合は、利用者様の負担割合（負担割合証に記載）に応じた負担額となります。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

### 【料 金 表】

#### ■通所介護（事業所規模：通常規模型、地域区分 1単位：10.27円）

サービス内容	7時間以上8時間未満		利用者負担額		
	1割負担者	2割負担者	3割負担者		
要介護1	658単位	6,757円／日	676円	1,352円	2,028円
-0要介護2	777単位	7,979円／日	798円	1,596円	2,394円
要介護3	900単位	9,243円／日	925円	1,850円	2,775円
要介護4	1023単位	10,506円／日	1,051円	2,102円	3,153円
要介護5	1148単位	11,789円／日	1,179円	2,358円	3,537円

#### ■通所介護加算項目

加算項目	サービス 単位	サービス 利用料金	利用者負担額		
			1割負担者	2割負担者	3割負担者
入浴介助加算（Ⅱ）	55単位	564円／日	57円／日	114円／回	171円／回
個別機能訓練加算Ⅰ（口）	76単位	780円／回	78円／回	156円／回	234円／回
個別機能訓練加算Ⅱ	20単位	205円／月	21円／月	41円／月	62円／月
科学的介護推進体制加算	40単位	410円／月	41円／月	82円／月	123円／月
ADL維持等加算Ⅱ	60単位	616円／月	62円／月	124円／月	185円／月
介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の利用料金の9%		所定単位数により変動します		

\*以降は必要に応じて加算

口腔機能向上加算Ⅱ（月に2回）	160単位	1,643円／回	165円／回	329円／回	493円／回
-----------------	-------	----------	--------	--------	--------

※ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画等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、全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。

#### ■その他利用料

食事代（おやつ代含む）	1回	1,000円
飲み物代	1回	100円
おむつ代	1枚	100円

#### ■他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担すべき費用及び行事等利用者の希望によるレクリエーションに参加していただく場合の費用については実費を徴収いたします。

通常の実施地域以外での送迎にかかる費用はいただきません。

#### ■キャンセル料（介護予防を除く。）

利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の8：30までに連絡があった場合	無 料
利用日の送迎車出発前までに連絡がなかった場合	加算を除く利用者 負担額の全額

#### ■利用料等のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、請求月の末日までに現金又はゆうちょ口座での振替もしくは指定銀行口座への振込にてお支払ください。

現金の場合 : 直接当事業所までご持参ください。

ゆうちょ振替の場合 : 請求月の末日に引き落としとなりますのでご入金ください。

(引落し手数料はかかりません)

※入金確認後、領収証を発行します。

#### （1）事業の目的

要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図ると共に、安心して日常生活を過ごすことができるよう、食事や入浴など日常生活上のお世話、機能訓練等、通所介護サービスを提供することを目的とします。

#### （2）運営方針

事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

### (3) その他

事業所は従業者に対し、常に必要な知識の習得及び能力の向上を図るための研修を（外部における研修を含む）実施し、業務体制を整備しています。従業員採用時研修は1か月以内、継続研修については年2回、感染予防、ハラスメント防止、虐待防止等また接遇、移乗方法など資質向上為の研修を隨時行っています。

## 6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

### (1) 苦情等相談窓口について

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

当事業所 相談窓口	窓口責任者 上島 さおり 和田 緑 受付時間 8：30～17：30 連絡先 電話・FAX 0774-27-7555（代表） 面接（当事業所 1階相談室） 苦情箱 当事業所に設置
宇治市健康長寿部介護保険課	受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：15 電話番号：0774-22-3141
京都市伏見区醍醐支所保健福祉センター 健康長寿推進課	受付期間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 (12時から13時は昼休み) 電話番号：075-571-6471
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00 電話番号：075-354-9090

### (2) 苦情処理の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

- ・相談及び苦情の内容について「相談苦情対応シート」を作成し記録を残す。
- ・担当者が不在の場合は誰もが対応可能なようにするとともに確実に担当者に引き継ぐ体制をしく。
- ・苦情または相談があった場合は利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ居宅の訪問を実施し、聞き取りや事情の確認を行う。
- ・管理者は介護職員等に事実関係の確認を行う。
- ・相談担当者は、把握した状況をスタッフ共に検討を行い、時下の対応を決定する。
- ・対応内容に基づき必要に応じて関係者への連絡を行うと共に、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する）

- ・事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等の関係機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場に立って検討し、対処する。

※苦情の受付から対応方法及びその後の状況までの全過程を既定の様式に記録し、その原因・対応方法・その後の状況を明確にするとともに、常にその確認ができるようにし、次のサービスの改善に努める。

## 7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

## 8 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等、市町村及び京都府に連絡を行います。

## 9 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に基づき対応を行います。			
避難訓練	地震・風水害にも備え、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。			
防災設備	設備名称	有無(数)	設備名称	有無(数)
	スプリンクラー	なし	防火扉・シャッター	なし
	避難階段	なし	屋内消火栓・消火器	あり
	自動火災報知機	1か所	ガス漏れ探知機	なし
	誘導灯	3か所		
	カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	宇治消防署への届出日：令和3年12月10日 防火管理者： 上島 さおり			

## **10 個人情報の保護及び秘密の保持について**

※ 事業所は、利用者様及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「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ドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

※ 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、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、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

## **11 衛生管理等**

利用者の使用する施設、食器、その他の設備また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する。

(2) 事業所において感染者が発生しましたは蔓延しないように必要な措置を講じると共に必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。

## **12 サービス利用に当たっての留意事項**

※ サービス利用の際には、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

※ 施設内の設備や器具は本来の用法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、弁償していただく場合があります。

※ 事業所内外での喫煙はご遠慮ください。

※ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

※ 所持金品は、自己の責任で管理してください。

※ 施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	
	住 所	
	電話番号 (携帯電話)	

主治医	病院（診療所）名	
	所在地	
	氏 名	
	電話番号	

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明年月日： 令和 7年 月 日

**事業者** 所在地 京都府宇治市菟道田中6番地の6

事業者（法人）名 株式会社KOHRI N

事業所名 NEXTみらい

事業所番号 2671201362

代表者名 代表取締役 大野誠三 印

**説明者** 職名 生活相談員  
氏名 和田 純 印

私は、重要事項説明書に基づいて通所介護サービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

同意・受領年月日： 令和 7年 月 日

**利用者本人** 住 所  
氏 名 印

**（署名・法定）代理人** 住 所  
氏 名 （続柄） 印