

# 地域密着型通所介護・第1号通所事業

## 重要事項説明書

株式会社 あっと・ほ一む  
デイサービス にこにこ家族

この地域密着型通所介護・第1号通所事業重要事項説明書は、当事業所がご契約者にサービスを提供するにあたり、お客様やその家族に対し、当事業所の概要やサービスの内容等、お客様のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記載したものです。

### 1. 事業者

- |           |                       |
|-----------|-----------------------|
| (1) 法人名   | 株式会社 あっと・ほ一む          |
| (2) 法人所在地 | 栃木県下都賀郡壬生町緑町1丁目10番10号 |
| (3) 電話番号  | 0282-51-1717          |
| (4) 代表者氏名 | 高木 温美                 |
| (5) 設立年月  | 平成 21 年 9 月 17 日      |

### 2. 事業所概要

- |             |   |
|-------------|---|
| (1)事業所の種類   | 地域密着型通所介護・第1号通所事業<br>介護保険指定事業所番号 0972301170 号 |
| (2)事業所の名称   | デイサービス にこにこ家族                                 |
| (3)事業所の所在地  | 栃木県下都賀郡壬生町緑町1丁目10番10号                         |
| (4)事業所の電話番号 | 0282-51-1717                                  |
| (5)管理者氏名    | 高木 温美   |
| (6)利用定員     | 10名   |
| (7)サービス提供地域 | 壬生町   |

### 3. 運営方針

- ・家庭的な雰囲気の中で、各個人に必要な日常生活上の世話および生活機能訓練等を行うことにより、お客様の生きる意欲や希望の再発見、また、それを取り戻すための支援を行います。そして可能な限り居宅において自立した生活を営むことができるよう、また、お客様のご家族の身体的、精神的負担を軽減し、みんながにこにこした生活を送ることができるよう支援します。

#### 4. 営業日および営業時間

営業日	月～土（12月31日～1月3日を除く）
営業時間	8時00分～17時00分（送迎時間を含みます）
休業日	日曜日・12月31日～1月3日

#### 5. 職員体制

※介護保険法に定められている人員の基準に基づいて人員体制を整備し、お客様に対してサービスを提供します。

職種	常勤	非常勤	計
管理者	1人		1人
生活相談員(社会福祉主事任用資格等)	1人	1人	2人
介護職員	介護福祉士		1人以上
	ホームヘルパー1級	1人以上	
	ホームヘルパー2級		
	人		
看護師	人		
機能訓練指導員	1人	1人	1人以上

※上記職員については介護予防通所介護サービスの職員と兼ねるものとします。

#### 6. サービス内容

- ・介護保険法で定める通所介護サービス、介護予防生活支援総合事業第一号事業通所介護サービスを実施します。
- ・お客様は当事業所に日帰りを通い以下のようなサービスの提供を受けることができます。

- ①健康チェック : 体温、血圧、脈拍の測定等
- ②食事 : 昼食、おやつの提供および必要時の介助
- ③入浴 : 個別で介助にて入浴を行います。
- ④アクティビティ : レクリエーション活動や、創作活動、外出等の機能訓練
- ⑤個別機能訓練 : 日常動作訓練、体操、機能訓練等
- ⑥口腔機能向上 : 口腔清掃の指導・実施、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施
- ⑦栄養改善 : 栄養食事相談等
- ⑧相談対応 : お客様やご家族の生活相談、介護相談等の対応
- ⑨送迎 : お客様の居宅から当事業所までの送迎
- ⑩その他 : 必要な日常生活上の世話等

※サービス内容の詳細につきましてはサービス従業者にお気軽にお尋ねください。また、希望等もお気軽にお申し付けください。

## 7. 通所介護利用料金

### ①サービス料金

- ・基本料金（非課税）地域密着型通所介護費を適用させていただきます
- ・下記のご利用者負担料金には壬生町の地域区分7級地 1単位単価10.14%が含まれております
- ・ご利用者様負担金額はご利用者様の負担割合によって変動します。

要介護等の区分	サービス提供時間	利用単価	ご利用者負担の例 (1割負担の場合)
要介護1	3～4時間	416単位	422円
	4～5時間	436単位	442円
	5～6時間	657単位	666円
	6～7時間	678単位	687円
	7～8時間	753単位	763円
	8～9時間	783単位	794円
要介護2	3～4時間	478単位	484円
	4～5時間	501単位	508円
	5～6時間	776単位	787円
	6～7時間	801単位	812円
	7～8時間	890単位	902円
	8～9時間	925単位	938円
要介護3	3～4時間	540単位	547円
	4～5時間	566単位	574円
	5～6時間	896単位	908円
	6～7時間	925単位	938円
	7～8時間	1032単位	1046円
	8～9時間	1072単位	1087円
要介護4	3～4時間	600単位	608円
	4～5時間	629単位	638円
	5～6時間	1013単位	1027円
	6～7時間	1049単位	1063円
	7～8時間	1172単位	1188円
	8～9時間	1220単位	1237円
要介護5	3～4時間	663単位	672円
	4～5時間	695単位	705円
	5～6時間	1134単位	1150円
	6～7時間	1172単位	1188円
	7～8時間	1312単位	1330円
	8～9時間	1365単位	1384円

- ・基本料金に記載された金額に、介護保険法で定めるお客様のご利用状況に該当する各種加算が付加されます。(②加算を参照ください)

## ②加算（非課税となります）

介護保険法で定められている通所介護サービスに係る加算は以下の通りです。

加算の種類	基準額	ご利用者負担
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/日	41 円/日
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56 単位/日	57 円/日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位/月	21 円/日
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位/回（月 2 回上限）	162 円/回
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	41 円/日
介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ）	一月の利用総単位数の 12.5%	
延長加算(9 時間以上 10 時間未満)	50 単位/日	51 円/日
延長加算(10 時間以上 11 時間未満)	100 単位/日	101 円/日
延長加算(11 時間以上 12 時間未満)	150 単位/日	152 円/日
延長加算(12 時間以上 13 時間未満)	200 単位/日	203 円/日
延長加算(13 時間以上 14 時間未満)	250 単位/日	254 円/日

### 〈加算の該当条件〉

- (1) 入浴介助加算については入浴サービスを行った場合に加算します。
- (2) 個別機能訓練加算Ⅰは個々の状態や環境をふまえた個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行った場合に加算します。
- (3) 個別機能訓練加算Ⅱは、厚生労働省の科学的介護情報システム LIFE に提出し、フィードバック情報を活用した場合に加算します。
- (4) 口腔機能向上加算Ⅱは、口腔機能向上を目的とし、口腔清掃の指導・実施、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施等を行い、かつ、厚生労働省の科学的介護情報システム LIFE に提出し、フィードバック情報を活用した場合に加算します。
- (5) 科学的介護推進体制加算は、(LIFE) への情報提出・フィードバックを活用しケアに活かしていくための体制が整いましたので加算します。
- (6) 延長加算については、所要時間 8 時間以上 9 時間未満の前後に連続して日常生活上のお世話をを行った場合に加算します。

## ③減算

事業所が送迎を実施しない場合（家族が送迎を行う場合等）

－47 単位/片道

#### ④キャンセル料

お客様の都合によりサービスのキャンセルをした場合には、下記の料金を頂きます。

(1)サービス利用日の当日の8：00までのご連絡	無料
(2)サービス利用日の当日の8：00以降のご連絡	基本料の1割

※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  
キャンセルされる場合は下記まで早めにご連絡ください。

キャンセルの連絡先名称	デイサービス にここ家族
キャンセルの連絡先電話番号	0282-51-1717

#### ※ご利用者負担金（非課税となります）について

○ケアプランに位置付けられているサービスに関しては、介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額をお支払いいただきます。ただし、支給限度基準額を超えた分に関しましては、全額自己負担となります。

## 8.第1号通所事業利用料金

### ①サービス料金

- ・基本料金（非課税となります）
- ・基本料金の金額は、月単位になります。
- ・下記のご利用者負担料金には壬生町の地域区分7級地10.14%が含まれております。
- ・ご利用者様の負担割合によってご利用者様負担金額は変動します。
- ・基本料金に記載された金額に、介護保険法で定めるお客様のご利用状況に該当する各種加算が付加されます。（②加算を参照ください。）

要支援の区分	基本料金	ご利用者負担 (1割負担の場合)	
要支援1	1,798 単位/月	1,823 円/月	+加算分
要支援2	3,621 単位/月	3,671 円/月	

### ②加算（非課税となります）

介護保険法で定められている第1号通所事業に係る加算は以下の通りです。

加算の種類	ご利用者負担
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位/月
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ）	一月の利用総単位数の12.5%

### ③キャンセル料

当月の提供予定がお客様都合で全てキャンセルになった場合は、月額の1割をキャンセル料としてお支払いいただきます。

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。

キャンセルされる場合は、下記まで早めにご連絡ください。

キャンセルの連絡先名称	デイサービス にここ家族
キャンセルの連絡先電話番号	0282-51-1717

### ※ご利用者負担金（非課税となります）について

○介護予防サービス計画書に位置付けられているサービスに関しては、介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額をお支払いいただきます。ただし、支給限度基準額を超えた分に関しましては、全額自己負担となります。

## 9. 自己負担となるもの（介護保険適応外）

食費	650 円	1 食あたり
おやつ	50 円	1 食あたり
紙オムツ代(リハビリパンツ)	150 円	替えをお持ち頂いた場合は除く
尿取りパット代	30 円	替えをお持ち頂いた場合は除く
レクリエーション材料費及び雑費	100 円/日	
当社以外からのサービス提供（理美容）	実費	内容により異なります
備考	・当社以外からのサービスの提供については、当社のサービスの利用料とは別にサービスを提供する業者から費用請求がなされます。なお、当該サービスに要した時間は、サービスの提供時間から除きます。	

## 10. 交通費

前記 2 事業所概要に記載されているサービス提供地域にお住まいの方は無料となります。

また、家族が送迎を行う場合等は片道 47 単位の減算となります。

## 11. お支払い方法

前月のサービスご利用分に関するお客様負担金を、原則として翌月 10 日までに請求書を出し、ご指定の金融機関口座からの口座振替によりお支払い頂きます。なお、やむを得ない場合には、事業所にて現金での集金によりお支払い頂くことも可能です。

## 12. 利用の中止、変更、追加

ご利用予定日の前にご契約者の都合により、当事業所のサービスの利用を中止（入院等での一時休止も含む）、変更、または新たなサービスの利用の追加を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所に申し出て下さい。

## 13. 苦情受付について

### 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窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者	篠崎 えり子
○苦情解決責任者	高木 温美
○受付時間	毎週月曜日～土曜日 9：00～17：00
○電話番号	0282-51-1717

## ②行政機関その他苦情受付機関

市区町名	壬生町
電話番号	0282-81-1876
担当部署	健康福祉課

国民健康保険団体連合会	栃木県国民健康保険団体連合会
電話番号	028-643-2220
担当部署	介護保険課介護サービス係

## 14. 緊急時の対応

- ・緊急時等の連絡先は、予め確認させていただきます。サービス提供中にお客様の急変等があった場合には、事前の打ち合わせにより、救急車の手配を行うほか、下記の連絡先へ連絡いたします。

### ○ご家族

お名前	
電話番号	
備考	

### ○主治医

医療機関名	
主治医名	
電話番号	

### ○居宅介護支援事業所

(介護予防ケアプラン作成担当事業者)

事業所名	
担当ケアマネジャー名	
電話番号	

## 15. 事故発生時の対応

- ・当事業所におけるサービス提供中に、ご利用者様に事故が発生した場合は、関係各位に連絡するとともに、賠償すべき事故の場合は、当事業所はご利用者様に対して賠償責任を負うものとします。

## 16. 虐待防止に関する処置

- ・当事業所は、お客様の人権の擁護、虐待の防止のため、責任者を設置する等の必要な体制整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

当事業所は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。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、当事業所、お客様（またはその代理人）は、記名捺印の上、各1通を保管するものとします。

年 月 日

事業者所在地 栃木県下都賀郡壬生町緑町1丁目10番10号  
事業者名 株式会社 あっと・ほーむ  
事業所名称 デイサービス にここ家族  
所在地 栃木県下都賀郡壬生町緑町1丁目10番10号  
説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、事業者から重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

年 月 日

お客様 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人（お客様との続柄： \_\_\_\_\_）

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

2026・6月 改定版