

株式会社そわか  
フィットネスの羽  
重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	フィットネスの羽
所在地	埼玉県春日部市永沼川端276番1
事業者指定番号	地域密着型通所介護 第一号通所事業
管理者	山本 勇氣
連絡先	電話：048-884-8223
	FAX：048-884-8233

2. 事業所の職員体制

職種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従業員の管理及び利用申込に係る調整、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>・従業員に、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地域密着型通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。</li> <li>・利用者へ地域密着型通所介護計画を交付します。</li> <li>・指定地域密着型通所介護の実施状況の把握及び地域密着型通所介護計画の変更を行います。</li> </ul>	常勤1名以上
生活相談員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。</li> <li>・それぞれの利用者について、地域密着型通所介護計画に従った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> </ul>	常勤1名以上
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。</li> <li>・利用者の静養のための必要な措置を行います。</li> <li>・利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。</li> </ul>	常勤・非常勤 1名以上
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。</li> </ul>	常勤・非常勤 1名以上
機能訓練指導員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型通所介護計画に基づき、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> </ul>	常勤・非常勤 1名以上

3. 通常の事業の実施地域

埼玉県春日部市 飯沼、米崎、米島、東中野、新宿新田、上金崎、金崎、西金野井、大袈、神間、榎、立野、小平、桐、下吉妻、上吉妻、西宝珠花、西親野井、塚崎、倉常、芦橋、木崎、牛島、新川、赤沼、銚子口、藤塚、六軒町、水角、赤崎、永沼、下柳、上柳地区

#### 4. 営業日・営業時間

##### ① 営業日

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
×	○	○	○	○	○	×	○

○が営業日、×が休業日です。

その他の休日：年末年始（12月31日～1月3日）

祝日で土曜日

夏季休暇（当社指定）

##### ② 営業時間

8：30～17：30 を営業時間とする。

#### 5. サービス提供時間・定員

午前： 9：00～12：05 定員15名

午後： 13：30～16：35 定員15名

#### 6. サービス内容

移動・排泄介助：状況に応じて介助を行います

健康チェック：バイタル測定により健康管理を行います

送迎：ご自宅から施設までの送迎を行います

機能訓練：心身の状況に応じ、計画に沿った機能訓練を実施します

レク・イベント：楽しみや刺激ある時間が過ごせるようにします

相談援助：日常生活・家族介護等について相談援助を行います

#### 7. 利用者負担金

① 介護保険の適用がある場合は、原則として介護保険負担割合証に従った負担額となります。介護保険の限度額を超えての利用分については、全額お客様負担となります。

② 基本料金（介護保険適用分）は別紙に示すとおりです

③ 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります  
自費で頂くもの

レクリエーション材料費	：	実費
オムツ	：	100円もしくは実費
飲み物代等	：	1日あたり 50円
複写物	：	一枚10円
その他（日常生活に要する費用）	：	実費

##### 交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、交通費（送迎）の実費を負担していただきます。

実費の額は、区域を越えて片道1km毎に20円です。

## 8. キャンセル

- ① サービスの利用をキャンセルする際には、速やかに下記の連絡先までご連絡下さい。

フィットネスの羽

電話 : 048-884-8223

携帯 : 080-7783-8794

営業時間内でのご連絡をお願い致します。

- ② 利用者様の都合でサービスをキャンセルする場合には、サービス利用の前日までにご連絡下さい。

当日のキャンセルに関しては、要介護の方は介護保険負担分とお飲み物代の100%相当額のキャンセル料をいただきます。要支援・事業対象の方はお飲み物代のキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、飲み物代のみのお支払いとなります。

- ③ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます

他の利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

- ④ 豪雨・降雪等における基幹道路の通行規制、事故・故障等における交通機関の遅延・停止等により移動が困難な場合、サービスの利用をお断りする場合があります。

## 9. 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

サービス終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

1) やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

2) 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、利用者様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。

- ③ 自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

1) 利用者様が介護保険施設に入所、あるいは死亡した場合

2) 介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合

## 10. お支払い方法

月末で締めた1ヶ月分の御請求書を、翌月上旬以降に担当者よりお渡し致します。口座振替の場合、利用月の翌々月に引き落としとなります。または、後日当事業所にてお支払い下さい。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦一日あたりのご利用料金全額を頂き、サービス提供証明書を発行致しますので、これを春日部市の窓口に出す上、差額の払い戻しを受けて下さい。

## 11. 緊急時の対応

サービス提供にあたり、事故・体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族・主治医・救急機関・居宅介護支援事業者等へ連絡します。

医療機関等	主治医の氏名	
	医療機関	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	続柄	
	連絡先	
居宅介護支援	介護支援専門員	
	支援事業所	
	連絡先	

## 12. 事故発生時等の対応

万一、指定地域密着型通所介護等の提供により事故・トラブルが発生した場合は、担当居宅介護支援事業者、市町村およびご家族様に連絡をし、適切にかつ迅速に対応し、その内容に応じて利用者様の主治医等へ連絡し指示を仰ぎます。また、利用者様に対する指定地域密着型通所介護等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。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 東京海上日動火災保険株式会社

保険名 介護事業者賠償責任保障

補償の概要 介護サービス提供中に利用者様に損害を与えた場合

### 13. 相談窓口・苦情対応

- ① 当事業所の地域密着型サービス、第一通所事業サービスに関するご相談・苦情を承ります。

当事業所の 相談窓口	電話番号	048-884-8223
	FAX番号	048-884-8233
	相談担当者	山本 勇氣
	対応時間	営業時間内（FAXは、24時間）

- ② 公的機関においても、次の機関にて苦情申し出等ができます。

春日部市役所 介護保険担当課	電話	048-736-1111
埼玉県国民健康保険団体連合会	電話	048-824-2568

### 14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無し
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

- \* 指定地域密着型通所介護サービス及び、第1号通所事業契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。
- \* 重要事項事項説明書において、介護保険法改正に伴う事項等の軽微な変更については、別途案内文を通知することをもってこれに代えさせて頂きますので、ご確認下さい。

事業者名 株式会社そわか  
代表取締役 太田 宏昇  
事業所名 フィットネスの羽

説明者 \_\_\_\_\_

- \* 契約の締結にあたり、上記の通り説明を受け同意しました。

利用者

氏名 \_\_\_\_\_ 印  
家族代表

氏名 \_\_\_\_\_ 印

又は代理人

氏名 \_\_\_\_\_ 印

# フィットネスの羽

# 重要事項説明書

# 別紙料金表

介護予防通所介護相当サービス費・事業対象者

利用時間3時間程度

第6級地 1単位10.27円

	単位数	利用料	自己負担金(1割)	自己負担金(2割)	自己負担金(3割)	
要支援1・事業対象者	1回/週	1798	月 18465 円	月 1847 円	月 3693 円	月 5540 円
要支援2・事業対象者	2回/週	3621	月 37187 円	月 3719 円	月 7438 円	月 11157 円

科学的介護推進体制加算		+40	月 410 円	月 41 円	月 82 円	月 123 円
-------------	--	-----	---------	--------	--------	---------

・厚生労働省に各情報を提出し、その集まったデータをサービス向上のために有効活用している場合

送迎減算	片道につき	-47	-482 円	-49 円	-97 円	-145 円
------	-------	-----	--------	-------	-------	--------

・利用者に対してその居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合

サービス提供体制強化加算Ⅱ1	支援1	+72	月 739 円	月 74 円	月 148 円	月 222 円
----------------	-----	-----	---------	--------	---------	---------

サービス提供体制強化加算Ⅱ2	支援2	+144	月 1478 円	月 148 円	月 296 円	月 444 円
----------------	-----	------	----------	---------	---------	---------

・介護職員の総数のうち、介護福祉士の閉める割合が5割以上である場合

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に92/1000を乗じた単位数					
--------------	----------------------	--	--	--	--	--

・介護職員の資質向上を

介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数に90/1000を乗じた単位数					
--------------	----------------------	--	--	--	--	--

計画的に行っている場合

介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数に80/1000を乗じた単位数					
--------------	----------------------	--	--	--	--	--

地域密着型通所介護費 利用時間3時間以上4時間未満 地域密着型通所介護費 第6級地 1単位10.27円

状態区分	単位数	利用料	自己負担金(1割)	自己負担金(2割)	自己負担金(3割)	
要介護1	1日につき	416	4272 円	428 円	855 円	1282 円
要介護2	1日につき	478	4909 円	491 円	982 円	1473 円
要介護3	1日につき	540	5545 円	555 円	1109 円	1664 円
要介護4	1日につき	600	6162 円	617 円	1233 円	1849 円
要介護5	1日につき	663	6809 円	681 円	1362 円	2043 円

個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	1回につき	+56	575 円	58 円	115 円	173 円
--------------	-------	-----	-------	------	-------	-------

個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	1回につき	+76	780 円	78 円	156 円	234 円
--------------	-------	-----	-------	------	-------	-------

個別機能訓練加算Ⅱ	1月につき	+20	205 円	21 円	41 円	62 円
-----------	-------	-----	-------	------	------	------

・機能訓練士等が居宅を訪問した上で計画を作成し、心身の状態に応じて個別を重視した計画を作成し機能向上目的の訓練を行った場合

科学的介護推進体制加算	1月につき	+40	410 円	41 円	82 円	123 円
-------------	-------	-----	-------	------	------	-------

・厚生労働省に各情報を提出し、その集まったデータをサービス向上のために有効活用している場合

ADL維持加算(Ⅰ)	1月につき	+30	308 円	31 円	62 円	93 円
------------	-------	-----	-------	------	------	------

ADL維持加算(Ⅱ)	1月につき	+60	616 円	62 円	124 円	185 円
------------	-------	-----	-------	------	-------	-------

・ADLの維持または、改善の度合いが一定の水準を超えた場合

サービス提供体制強化加算Ⅰ	1回につき	+22	225 円	23 円	45 円	68 円
---------------	-------	-----	-------	------	------	------

・介護職員うち、介護福祉士の閉める割合が7割以上であり、勤続10年以上介護福祉士25%以上

サービス提供体制強化加算Ⅱ	1回につき	+18	184 円	19 円	37 円	56 円
---------------	-------	-----	-------	------	------	------

・介護職員の総数のうち、介護福祉士の閉める割合が5割以上である場合

サービス提供体制強化加算Ⅲ	1回につき	+6	61 円	7 円	13 円	19 円
---------------	-------	----	------	-----	------	------

・介護職員うち、介護福祉士の閉める割合が4割以上であり、勤続7年以上30%以上

送迎減算	片道につき	-47	-482 円	-49 円	-97 円	-145 円
------	-------	-----	--------	-------	-------	--------

・利用者に対してその居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に92/1000を乗じた単位数					
--------------	----------------------	--	--	--	--	--

・介護職員の資質向上を

介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数に90/1000を乗じた単位数					
--------------	----------------------	--	--	--	--	--

計画的に行っている場合

介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数に80/1000を乗じた単位数					
--------------	----------------------	--	--	--	--	--

・介護職員の資質向上を

計画的に行っている場合

計画的に行っている場合

R2.4.1より施行  
R3.4.1より改定  
R4.10.1より改定  
R6.4.1より改定  
R6.6.1より改定

# 送迎に関する同意書

- ① 原則として、玄関までのお迎え、お送りをいたします。身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族様と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
- ② 送迎時間につきましては、交通事情等で、約15分以上到着が遅れる場合がございます。
- ③ 利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので長時間待機することはできません。ご本人、ご家族のご協力をお願いいたします。
- ④ 乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。

\_\_\_\_\_  
様 の送迎場所は

\_\_\_\_\_  
玄関前 \_\_\_\_\_ となります。

原則として、

お迎え時間は

- 8:00~9:00                      □ 12:45~13:30

お送り時間は

- 12:10~13:10                      □ 16:40~17:30

の間となります。

送迎バス到着の10分前くらいに、御自宅へ電話を入れさせていただきます。  
送迎場所にて待機をお願い致します。

上記の説明を受け、確認の上、同意いたします。

明治33年1月0日

【利用者】

氏名： \_\_\_\_\_ 印

【利用者家族代表】

氏名： \_\_\_\_\_ 印

【代行者】

— —

— —