

## 通所介護 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 | モレメンテ有限会社                 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒473-0925<br>豊田市駒場町新栄23番地 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 渡辺 浩二               |
| 設 立 年 月 日  | 平成13年9月20日                |
| 電 話 番 号    | 0565-57-2323              |

### 2. 事業所の概要

|             |                                              |            |    |
|-------------|----------------------------------------------|------------|----|
| 事業所の名称      | デイサービスリアクラ                                   |            |    |
| 事業所の所在地     | 〒473-0911<br>豊田市本町本竜27番地                     |            |    |
| 電話番号        | 0565-41-8532                                 |            |    |
| FAX番号       | 0565-41-8577                                 |            |    |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和7年8月1日                                     | 2373005186 |    |
| 実施単位・利用定員   | 2単位                                          | 定員：22人     |    |
| 通常の事業の実施地域  | 竜神中学校区、前林中学校区、高岡中学校区、若園中学校区<br>美山小学校区、大林小学校区 |            |    |
| 併設事業所       | ――                                           |            |    |
| 第三者評価の実施の有無 | 無                                            | 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  | ―― |

### 3. 運営の方針

- ・ 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。
- ・ 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

- ・日常生活動作のための個別機能訓練  
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、利用者の心身の活性化を図るための訓練等を行います。
- ・口腔機能訓練  
利用者が健康的な生活を営む上で必要な口腔機能の減退を防止するため、該当する者に対して口腔機能訓練を行います。
- ・健康状態の確認  
体調や血圧等の確認を行います。
- ・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。
- ・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。
- ・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      | 月曜日から金曜日まで（祝日営業）<br>ただしお盆（8/13～8/15）及び年末年始（12/30～1/3）を除きます。 |
| 営業時間     | 8時30分から17時30分まで                                             |
| サービス提供時間 | 9時00分～12時00分、13時40分から16時40分まで                               |

#### 6. 事業所の従業員の体制

（令和8年6月1日現在）

| 職種          | 常勤 |    | 非常勤 |    |
|-------------|----|----|-----|----|
|             | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |
| 管理者         | 人  | 1人 | 人   | 人  |
| 生活相談員       | 1人 | 1人 | 人   | 人  |
| 看護職員        | 人  | 人  | 1人  | 2人 |
| 介護職員        | 2人 | 2人 | 1人  | 人  |
| 機能訓練指導員     | 1人 | 人  | 4人  | 2人 |
| 管理栄養士（外部委託） | 人  | 人  | 人   | 3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】

| 所要時間                   | 利用者の<br>要介護度 | 通所介護費（1回あたり）           |                      |                                      |                                      |                                      |
|------------------------|--------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
|                        |              | 単位<br>数※（<br>注4）<br>参照 | 基本利用料<br>※（注1）参<br>照 | 利用者負担金<br>（自己負担1割の場<br>合）※（注2）参<br>照 | 利用者負担金<br>（自己負担2割の場<br>合）※（注2）参<br>照 | 利用者負担金<br>（自己負担3割の場<br>合）※（注2）参<br>照 |
| 3時間以<br>上<br>4時間未<br>満 | 要介護1         | 370                    | 3,951円               | 396円                                 | 791円                                 | 1,186円                               |
|                        | 要介護2         | 423                    | 4,517円               | 452円                                 | 904円                                 | 1,356円                               |
|                        | 要介護3         | 479                    | 5,115円               | 512円                                 | 1,023円                               | 1,535円                               |
|                        | 要介護4         | 533                    | 5,692円               | 570円                                 | 1,139円                               | 1,708円                               |
|                        | 要介護5         | 588                    | 6,279円               | 628円                                 | 1,256円                               | 1,884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<br>数                 | 基本利用料<br>※（注1）参<br>照 | 利用者負担金<br>（自己負担1割<br>の場合）※（注<br>2）参照 | 利用者負担金<br>（自己負担2割<br>の場合）※（注<br>2）参照 | 利用者負担金<br>（自己負担3割<br>の場合）※（注<br>2）参照 |
| 口腔機能向上加算<br>（Ⅱ）（月2回まで） | 160                     | 1,708円               | 171円                                 | 342円                                 | 513円                                 |
| 個別機能訓練加算<br>（Ⅰ）ロ       | 76                      | 811円                 | 82円                                  | 163円                                 | 244円                                 |
| 栄養改善加算<br>（月2回まで）      | 200                     | 2,136円               | 214円                                 | 428円                                 | 641円                                 |
| 送迎減算<br>（片道につき）        | ▲47                     | ▲501円                | ▲51円                                 | ▲101円                                | ▲151円                                |
| サービス提供体制強<br>化加算（Ⅰ）    | 22                      | 234円                 | 24円                                  | 47円                                  | 71円                                  |
| 加算・減算額（1月あたり）          |                         |                      |                                      |                                      |                                      |
| 個別機能訓練加算<br>（Ⅱ）        | 20                      | 213円                 | 22円                                  | 43円                                  | 64円                                  |
| 栄養アセスメント加<br>算         | 50                      | 534円                 | 54円                                  | 107円                                 | 161円                                 |
| ADL維持等加算Ⅱ              | 60                      | 640円                 | 64円                                  | 128円                                 | 192円                                 |
| 科学的介護推進体制<br>加算        | 40                      | 427円                 | 43円                                  | 86円                                  | 129円                                 |
| 介護職員処遇改善加<br>算（Ⅰ）ロ     | （基本利用料＋各種加<br>減算総額）の12% |                      | 左記額の1割                               | 左記額の2割                               | 左記額の3割                               |

（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（事業所の所在

地が3級地のため、単位数に10.68を乗じた額）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

|     |                                                                                              |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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100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日常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**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ので、体調不良の際には必ず事業所まで連絡をお願いします。

| キャンセルの時期                                        | キャンセル料               |
|-------------------------------------------------|----------------------|
| ご利用日の前営業日17時までに<br>ご連絡いただいた場合                   | 無料                   |
| ご利用日の <b>前営業日17時まで</b> に<br>ご連絡が <b>無かった</b> 場合 | <b>利用者負担金の100%の額</b> |

## （4）支払い方法

毎月、**月末まで**に前月分の利用料の請求をいたしますので、**翌月27日まで**にお支払ください。

お支払方法は、銀行・郵便局の指定口座からの引き落としにてお願いしています。引き落としが難しい場合は契約の際にご相談ください。

## 8. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・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。
- ・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。
- ・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

- ・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。
- ・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。
- ・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>医師氏名<br>電話番号    | —      | — |
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏名 (利用者との続柄)<br>住所<br>電話番号 | 続柄 ( ) | — |

## 11. 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。

## 12. 相談・要望・苦情等の窓口

サービス提供に関するご質問・相談・要望・苦情などはサービス提供者もしくは下記窓口までお申し出下さい。

### (1) 事業所の窓口

|         |                                                              |
|---------|--------------------------------------------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 0565-41-8532<br>受付時間 月曜日から金曜日 8:30から17:30<br>担当者名 渡辺 聖之 |
|---------|--------------------------------------------------------------|

## (2) その他苦情申立の窓口

|      |                |                                        |
|------|----------------|----------------------------------------|
| 問合せ先 | 豊田市介護保険課       | 電話 0565-34-6634<br>受付時間 月～金 8:30～17:15 |
|      | 愛知県国民健康保険団体連合会 | 電話 052-971-4165<br>受付時間 月～金 9:00～17:00 |

### 13. 非常災害対策

天災（台風・地震・津波・積雪・凍結）等の災害で特別警報・暴風警報が発令された場合に、利用者や家族の安全確保のためサービスの実施ができなくなった場合には中止又は中断させて頂く場合があります。

また、事業所にて火災・地震等が発生した場合は、防火管理者の指揮命令に従い適切に避難誘導を行います。

### 14. 感染予防に関する配慮

感染予防対策委員会を結成し、定期的に開催し、職員の感染症予防に対する教育を徹底しています。各感染症に対するマニュアルを常備し、随時更新しています。

### 15. BCP

マニュアルを整備し、定期的に確認・備蓄の見直しを行っています。

### 16. 情報の開示

利用者または家族からサービス提供記録の開示を求められる場合はその旨をサービス従業者か相談窓口までお申し出下さい。

### 17. 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、14日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。

- ・利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合
- ・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
- ・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。

- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業者が、守秘義務に反した場合
- ・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

- ・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。
  - ・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
  - ・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

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。

|       |       |             |
|-------|-------|-------------|
| 説 明 者 | 所 在 地 | 豊田市本町本竜27番地 |
|       | 事業所名  | デイサービスリアクラ  |
|       | 氏 名   | _____       |

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。

令和      年      月      日

|       |     |   |
|-------|-----|---|
| 利 用 者 | 住 所 |   |
|       | 氏 名 | 印 |

|       |        |   |
|-------|--------|---|
| 署名代行者 | 住 所    |   |
|       | 氏 名    | 印 |
|       | 本人との続柄 |   |

|       |        |   |
|-------|--------|---|
| 身元引受人 | 住 所    |   |
|       | 氏 名    | 印 |
|       | 本人との続柄 |   |

## 個人情報保護に関する基本方針

### 1 はじめに

モレメンテ有限会社デイサービスリアクラ（以下、会社といいます）は、利用者のプライバシー・個人情報（以下、個人情報と総称します）を保護することを基本としています。さらに常日頃より利用者の視点に立ち、質の高いケアの実現とよりよい医療・介護サービスの提供を目標として、運営をしています。利用者に安心してサービスを受けていただくために、利用者の個人情報に厳重な注意を払い、取扱い保護に努めております。

### 2 個人情報保護方針

#### a 法令等の遵守

個人情報に関する法令およびその他の規範を遵守します。

#### b 個人情報の取扱い

適正に取扱うために、責任者を置き、職員教育を行っています。

#### c 使用目的の明示及び目的外使用の禁止

利用者から個人情報を提供いただく場合には、あらかじめその目的を明示させて頂き業務の遂行上必要な限りにおいて利用します。利用者からの個人情報をご提供頂く際に明示した目的の範囲を超えて個人情報を利用する必要性が生じた場合には、事前にご連絡いたします。新たな目的でご同意いただけない場合には、利用者様自身の判断により、この利用を拒否することができます。

#### d 個人情報に関するリスクに対する安全対策

当法人では、利用者の個人情報への不正アクセス、紛失、漏洩、破壊、改竄等、個人情報に関するリスクに対して、安全対策を実施いたします。

#### e 利用者の個人情報の第三者への非開示・非提供

利用者からご提供頂きました個人情報は、基本的に利用者の同意がある場合を除いては第三者に開示または提供いたしません。

#### f 個人情報保護体制の整備

個人情報保護の体制を整備して実行し、さらに、これを引き続き見直し改善をしていきます。

当法人における個人情報の管理者は以下になります。

個人情報保護管理責任者 渡辺 聖之

個人情報に関する問い合わせ先 070-4146-3036

E-mail [reacgul2023@gmail.com](mailto:reacgul2023@gmail.com)

モレメンテ有限会社

代表取締役 渡辺浩二

# —個人情報保護に関する規則—

## 1. 個人情報にかかわる安全管理措置

- ① 事業責任者 渡辺聖之を個人情報保護管理者とし、個人情報保護の推進を図っております。
- ② 全ての従業者との間で、個人情報保護を遵守する旨の契約を交わす。
- ③ 個人情報の適切な取り扱いのために従業者の教育・研修を行い、個人情報保護の意識の徹底を図る。
- ④ 当会社は、外部委託業務に関して適切に個人情報を取り扱っている事業者を選定する。また必要に応じて個人情報保持に関する委託契約を結ぶ。
- ⑤ 個人データの盗難・紛失等を防止するため、機器や装置の固定などの予防対策、情報システムにおけるアクセス管理などの技術的措置、保存データが消失、漏洩しないように適切な保存と廃棄・消失を行う。
- ⑥ 個人情報の盗難・紛失、あるいは消去、漏洩等の問題が発生した場合は、個人情報保護委員会に事実を迅速に報告し対応を図るとともに、二次被害の防止に努める。

## 2. 第三者提供の取り扱い

個人情報の第三者への提供・開示は本人の同意がない場合、原則として行わない。ただし、法令で定められた報告・届出等などの必要な場合を除く。

## 3. 個人情報の開示等の手続き

個人情報について、本人から当会社（「個人情報保護相談窓口」等）に文書により開示、訂正、利用停止の申し出が行われた場合には、個人情報保護委員会に報告し、個人情報保護法及び厚生労働省ガイドライン等の定めに従い速やかに対応する。

## 4. 苦情への対応・体制

個人情報にかかわる相談、苦情等については、「個人情報保護相談窓口」で対応する。苦情等の内容を個人情報保護委員会に報告し、適切な対応をとる。

## 5. 相談窓口

デイサービスリアクラ

〒473 - 0911 豊田市本町本竜 27 番地

電話 070-4146-3036

事業責任者 渡辺聖之

モレメンテ有限公司  
代表取締役 渡辺浩二

# デイサービスリアクラ

## 個人情報の利用目的に関する同意書

デイサービスリアクラは、基本方針、理念の下、質の高い介護の実現とよりよいご利用者様へのサービス提供を目指し、通所サービスを実施しております。

利用者に対し的確かつ迅速なサービスを提供させて頂くためには、利用者からの情報提供が必要となります。

以下に記載する、当施設における利用者の情報の利用目的をご理解の上、情報のご提供と、当施設の情報利用にご同意下さいますようお願いいたします。

### 【医療・介護サービス提供に必要な利用目的】

#### 《施設内での利用》

- ①利用者の健康維持と回復のための情報取得及び利用
- ②介護保険事務
- ③利用者に係る当施設の管理運営業務のうち、
  - ア) サービス開始、終了における管理資料
  - イ) 会計、経理上の管理資料
  - ウ) 介護事故等の報告（再発防止、改善の為の資料）
  - エ) 介護サービスの向上のための基礎資料
- ④より良い介護を行う為に必要なモレメント有会社内での情報の伝達・連携のための資料

#### 《外部への情報提供を伴う利用》

- ⑤利用者に関して、他の医療機関又は介護サービス事業所等との連携（サービス担当者会議等）や、情報照会への回答、経過報告書の作成、医師等の意見・助言を求める場合
- ⑥家族への病状、心身状況の説明のための資料
- ⑦介護保険事務において、
  - ア) 審査支払機関への介護報酬請求手続きのための資料
  - イ) 審査支払機関又は保険者からの照会への回答をするための資料
- ⑧介護事故等の報告
- ⑨サービス利用等に関する苦情を市町村等へ報告するための資料

### 【医療・介護サービス提供以外での利用目的】

#### 《当施設内部での利用》

- ⑩介護サービスの向上、リスクマネジメント、業務の改善、マーケティング調査、経営分析のための研修・会議等の資料
- ⑪当施設にて行われる学生の実習への協力のための資料

上記利用目的の内、事業所内、法人内で利用する情報に関しては本同意書をお読み頂いた事を以て個人情報を利用させて頂きます。また外部へ提供する情報に関しては、本同意書に署名を頂いた上で利用させて頂きます。

また、上記以外の目的で個人情報を利用する場合は、その都度利用者からの書面等による同意を得た上で利用いたします。

・民間保険会社からの問い合わせ等

令和 年 月 日

☆私はデイサービスリアクラ契約書（守秘義務事項）及び個人情報に関する利用目的について説明を受け、十分理解した上で同意いたします。

利用者氏名 印 家族代表者氏名 印

署名代行者 印