

通所介護・第一号通所事業  
デイホーム孫の手・こまいぎ

重 要 事 項 説 明 書

様

株式会社 孫の手

令和7年4月1日 現在

当事業所は介護保険の指定を受けています。

## 通所介護・第一号通所事業（第 1070503444 号）

当事業所は契約者（利用者）に対して通所介護・第一号通所事業サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」、「要支援」もしくは第一号通所事業「事業対象者」と認定された方が対象となります。要介護・要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### 1 事業者

- (1) 事業者名 株式会社 孫の手
- (2) 事業者所在地 群馬県太田市大原町156番地3
- (3) 電話番号 0277-46-7010  
FAX番号 0277-46-7020
- (4) 代表者名 代表取締役 浦野 幸子
- (5) 設立年月日 平成13年2月28日

### 2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所介護事業 1070503444 号  
第一号通所事業 1070503444 号
- (2) 事業の目的 株式会社 孫の手が開設するデイホーム孫の手・こまいぎが行う指定通所介護事業及び第一号通所事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が要介護状態、要支援状態等にある高齢者（利用者）に対し、適正な指定通所介護及び第一号通所事業を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイホーム孫の手・こまいぎ
- (4) 事業所の所在地 群馬県太田市小舞木町269番地1
- (5) 電話番号 0276-56-4071
- (6) 事業所長名 (管理者) 倉上 訓大
- (7) 運営の方針
  - ① サービスの提供にあたっては、利用者の心身の特徴を踏まえて、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、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るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の援助を行う。
  - ② サービスの提供にあたっては、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密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (8) 開設年月日 平成29年11月1日

- (9) 通常の事業実施地域 通所介護事業 太田市・足利市・邑楽郡大泉町・  
邑楽郡邑楽町・邑楽郡千代田町  
第一号通所事業 太田市・邑楽郡大泉町

(10) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（1/1～1/3は除く）
営業時間	8時15分～17時15分
通常サービス提供時間	8時30分～16時30分

- (11) 利用定員 60名

### 3 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定通所介護及び第一号通所事業を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	員数
事業所長（管理者）	1名
従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。	
生活相談員	1名以上
利用者及び家族の相談に応じるとともに、事業所内のサービスの調整、居宅介護支援事業者等との連絡調整を行う。	
看護職員	1名以上
利用者の健康管理及び心身状態の把握を行うとともに衛生管理等の業務を行う。	
介護職員	10名以上
入浴、排せつ、食事の介助等、日常生活に必要な支援及び介護を行う。	
機能訓練指導員	1名以上
日常生活を営むのに必要な機能を改善又は維持するための機能訓練を行う。	

### 4 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額を利用者に負担していただく場合

(1) 介護保険給付の対象となるサービス

以下のサービスは、介護保険負担割合証に記載の割合分の自己負担があります。（契約書第4条参照）居宅サービス計画に沿って作成された通所介護計画に基づき、次に掲げるもののうち必要なサービスを行うものとします。

<サービスの概要>

① 身体介護	日常生活に必要な食事や入浴、排泄、着替えなどの介護を行います。
② 入浴介助	洗髪や洗身などの介助を行います。全室個室にて職員の見守りや介助により安心して入浴することができます。
③ 食事の提供	昼食・おやつを提供します。ほか随時お飲みいただけるお水やお茶・コーヒーなどもご用意がございます。健康に留意して提供します。

④ 日常生活動作の機能訓練	心身等の状況に応じて、日常生活を送る為に必要な機能の回復またはその減退を阻止するためにリハビリテーション、工作などのレクリエーションを行います。
⑤ 健康状態の確認	血圧、脈拍、体温等の測定を行い、全身状態の変化や異常の兆候を確認します。
⑥ アクティビティサービスの提供	作業活動を通じて心身の回復を図ります。
⑦ 日常生活における相談及び助言	利用者及びその家族からの相談に応じ、助言を行います。
⑧ 送迎	ご自宅、施設間の送迎を行います。

#### <サービス利用料金>

下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（介護保険負担割合証に記載の割合分の自己負担額）をお支払い下さい。

（下記のサービスの利用料金は、利用者の要介護度、利用時間に応じて異なります。）

#### 通所介護（要介護1～5の方）

\*基本料金 大規模事業所Ⅱ 太田市（7級地）1単位＝10.14円

（利用時間7時間以上8時間未満の場合、1回あたりの概算料金）

介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	616円	1,231円	1,847円
要介護2	726円	1,452円	2,178円
要介護3	842円	1,684円	2,525円
要介護4	960円	1,919円	2,878円
要介護5	1,074円	2,148円	3,222円

#### \*選択メニュー加算料金

加算名称	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算Ⅰ	41円	81円	122円
入浴介助加算Ⅱ	56円	112円	168円
個別機能訓練加算Ⅰイ	57円	114円	171円
個別機能訓練加算Ⅰロ	77円	154円	231円
個別機能訓練加算Ⅱ /月	21円	41円	61円
口腔機能向上加算Ⅱ ※月2回まで	163円	325円	487円
口腔栄養スクリーニング 加算Ⅰ ※6月に1回まで	21円	41円	61円
口腔栄養スクリーニング 加算Ⅱ ※6月に1回まで	5円	10円	15円

送迎減算 ※片道につき	-48円	-96円	-143円
-------------	------	------	-------

\*共通加算料金

加算名称	1割負担	2割負担	3割負担
中重度者ケア体制加算 /回	46円	92円	137円
科学的介護推進体制加算 /月	41円	81円	122円

加算名称	負担額
介護職員等処遇改善加算 II	基本料金と加算料金の 9.0%

第一号通所事業 (事業対象者・要支援1~2の方)

保険者が太田市の方

\*基本料金 (7級地) 1単位=10.14円

(1月あたりの概算料金)

介護度	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1	1,824円	3,647円	5,470円
要支援2	3,672円	7,344円	11,015円

\*選択メニュー加算料金 (1月あたり)

加算名称	1割負担	2割負担	3割負担
□腔機能向上加算II	163円	325円	487円
□腔栄養スクリーニング 加算I ※6月に1回まで	21円	41円	61円
□腔栄養スクリーニング 加算II ※6月に1回まで	5円	10円	15円

送迎減算 ※片道につき	-48円	-96円	-143円
-------------	------	------	-------

\*共通加算料金 (1月あたり)

加算名称	1割負担	2割負担	3割負担
科学的介護推進体制加算	41円	81円	122円

加算名称	負担額
介護職員等処遇改善加算 II	基本料金と加算料金の 9.0%

第一号通所事業（事業対象者・要支援1～2の方）

保険者が大泉町の方

\*基本料金（その他地域）1単位＝10.00円

（1月あたりの概算料金）

介護度	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	3,621円	7,242円	10,863円

\*選択メニュー加算料金（1月あたり）

加算名称	1割負担	2割負担	3割負担
口腔機能向上加算Ⅱ	160円	320円	480円
口腔栄養スクリーニング 加算Ⅰ ※6月に1回まで	20円	40円	60円
口腔栄養スクリーニング 加算Ⅱ ※6月に1回まで	5円	10円	15円

送迎減算 ※片道につき	-47円	-94円	-141円
-------------	------	------	-------

\*共通加算料金（1月あたり）

加算名称	1割負担	2割負担	3割負担
科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円

加算名称	負担額
介護職員等処遇改善加算 Ⅱ	基本料金と加算料金の 9.0%

- 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。要支援又は要介護度の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）また居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス利用明細書」を交付します。
- 利用者に提供する食事代（食材費・調理費）は別途頂きます。（下記（2）①参照）
- 介護保険からの給付に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者の負担額を変更します。

（2） 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額が利用者の負担となります。（契約書第5条、第7条参照）

＜サービスの概要と利用料金＞

①食費 （食材費・調理費・喫茶）	1回につき 昼食代 730円・おやつ代 50円 キャンセル料 前日午後7時以降はキャンセル料（食材費として）400円、 当日午前10時以降はおやつキャンセル料50円を頂きます。
---------------------	---

②レクリエーション	外出先での費用や工作時の材料費等を頂く場合もあります。 その場合は事前にご連絡を致します。
③オムツ等	オムツ・リハビリパンツ利用の場合は1枚につき120円、 尿取りパット利用の場合は1枚につき70円を頂きます。
④理美容代金	株式会社高崎山メモリアルパーク 散髪（1回につき） 1,700円 顔剃り（1回につき） 1,100円 散髪・顔剃り（1回につき） 2,400円 ※理美容サービス中に事故があった場合は、委託業者が加入する 任意保険で補償し、事業者は一切責任を負わないこととします。

- オムツ・リハビリパンツ・パット等が必要な場合はその日の分のみお持ちください。個人的物品の預かりはいたしません。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

利用した月の翌月27日（金融機関休業日の場合は翌営業日）にご指定の口座より引き落としとなります。引き落とし口座の登録には2ヶ月程度の時間を要するため、初回は2、3ヶ月分をまとめて引き落とす場合があります。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

- 利用予定日の前に、利用者の都合によりサービスの利用を中止または変更もしくは新たなサービスの利用を追加する事が出来ます。この場合にはサービスの実施日前日の午後7時までに事業所に申し出て下さい。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく当日になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払い頂く場合があります。但し、救急搬送を要する容態急変および当事業所の都合によるものは除きます。

前日の午後7時までに申し出があった場合	無料
利用日当日の申し出の場合	400円

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能時間を利用者へ提示して協議します。

(5) 連帯保証人（契約書第22条参照）

- 代理人の方に利用者の連帯保証人となって頂きます。連帯保証人の方には、この契約から生じる利用者の債務について、限度額20万円の範囲内で連帯してご負担頂きます。
- 連帯保証人から請求があった場合には、当事業所は、連帯保証人の方に利用料等の支払状況滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

## 5 衛生管理等

- (1) 事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又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ずるものとします。
- (2) 事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように下記に掲げる措置を講じるものとします。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
  - ③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 6 サービスの利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者は、サービスの提供を受ける際に、次の事項に留意するものとします。
  - ① 利用当日の健康状態を従業者と確認し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意してください。
  - ② 気分が悪くなったときは速やかに申し出てください。
  - ③ 他の利用者等の迷惑となる行為又は事業の適切な運営に支障を来すような行為は厳に慎んでください。
  - ④ 送迎の時間に遅れた場合は、送迎サービスが受けられない場合があります。
  - ⑤ 浴室を利用する際には、介護支援専門員のケアプランのもと行うこととし、従業者の誘導に従って入浴してください。
  - ⑥ 屋外練習に関しては、サービス計画に基づいて提供されるものとし、従業者が同行します。
  - ⑦ 喫煙を許可している事業所においては、喫煙は喫煙の設定箇所にて行うものとし、従業者へ申し出てからとしてください。

## 7 緊急時等における対応方法

- (1) 従業者は、サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとします。

## 8 非常災害対策

- (1) 従業者は常に災害事故防止と利用者の安全確保に努めるものとします。
- (2) 管理者は、防火管理者を選任します。
- (3) 防火管理者は、定期的に消防用設備、救出用設備等を点検するものとします。
- (4) 防火管理者は、非常災害に関する具体的計画を定めるものとし、事業所はこの計画に基づき、毎年5月と11月に避難・救出訓練等を実施するものとします。
- (5) 事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとします。



## 9 事故発生時の対応について

- (1) 事業所は、指定通所介護及び第一号通所事業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、介護支援専門員、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 事業所は、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するものとします。
- (3) 事業所は、利用者に対する指定通所介護及び第一号通所事業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うものとします。ただし、事業所に故意・過失がない場合はこの限りではありません。事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。  
なお、当事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。  
保険会社名            あいおいニッセイ同和損害保険株式会社  
保険名                介護保険・社会福祉事業者総合保険
- (4) 事業所は、指定通所介護及び第一号通所事業以外のサービスの提供により事故が発生した場合は、第1項及び第2項の規定に準じた必要な措置を講じるものとします。

## 10 苦情の受付について（契約書第23条参照）

- (1) 事業所は、提供した指定通所介護及び第一号通所事業に係る利用者又はその家族からの苦情等に迅速かつ適切に対応するため、苦情等を受け付けるための窓口を設置します。
- (2) 事業所は、前項の苦情等の内容について記録するものとします。
- (3) 当事業所における苦情の受付

- 苦情受付窓口（担当者）            倉上 訓大
- 所在地                                群馬県太田市小舞木町269番地1
- 電話                                    0276-56-4071
- 受付時間                              月曜日～土曜日（1/1～1/3を除く）  
8時15分～17時15分

### (4) 第三者相談窓口

- 群馬県 健康福祉部 介護高齢課                                電話：027-226-2562
- 太田市 健康医療部 長寿あんしん課                            電話：0276-47-1856
- 足利市 健康福祉部 元気高齢課                                電話：0284-20-2136
- 邑楽郡大泉町 高齢介護課                                        電話：0276-62-2121
- 邑楽郡邑楽町 健康福祉課 介護保険係                        電話：0276-47-5021
- 邑楽郡千代田町 住民福祉課 介護保険係                    電話：0276-86-7000
- 群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険課                電話：027-290-1323
- 栃木県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護サービス担当 電話：028-643-2220

## 11 虐待防止に関する事項

- (1) 事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止のため次の措置を講ずるものとします。
  - ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
  - ② 虐待の防止のための指針を整備します。
  - ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
  - ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

- (2) 事業所は、サービスの提供中に、従業者又は養護者（利用者の家族等利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報するものとします。

## 1 2 身体拘束等の原則禁止

- (1) 事業所は、サービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。
- (2) 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、利用者又はその家族に対し、身体拘束等の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載することとします。

## 1 3 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

## 1 4 地域との連携等

- (1) 事業所は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めるものとします。

## 1 5 個人情報の保護

- (1) 利用者又は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ダンス」を遵守し適切な取扱いに努めるものとします。
- (2) 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必要に応じて利用者又はその家族の同意を得るものとします。
- (3) 事業所は、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約に含めるものとします。
- (4) 個人情報保護法の観点から、他の利用者の症状や連絡先などはお答えできません。

## 16 研修の機会の確保

- (1) 事業所は、全ての通所介護従業者に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。
- (2) 事業所は、従業者の資質の向上を図るため、研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務体制の整備を行うものとします。
  - ① 採用時研修 採用後6か月以内
  - ② 継続研修 年1回

## 17 家族送迎及び利用者の運転による自家用車での来所について

- (1) 施設外（道路・出入口を含む）での家族及び利用者の車両運転による事故におきましては、当社は一切の責任を負いかねます。
- (2) 家族による送迎及び利用者による自家用車での来所の際、運転車両による施設敷地内での完全過失のある人身事故については、当社では一切責任を負いかねます。
- (3) 家族による送迎及び利用者による自家用車での来所の際、施設敷地内の建物や車両、また囲いフェンス等、当社の私有物に対する損傷に対しては、修理代を請求させていただきます。
- (4) 当社、敷地内及び敷地周辺でのパンクなどの利用者の車両に関する故障などについて一切、当社は責任を負いかねます。

## 18 その他運営に関する重要事項

- (1) 事業所は、指定通所介護及び第一号通所事業に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとします。
- (2) 事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。
- (3) このほか、運営に関する重要事項は、株式会社 孫の手と事業所の管理者との協議により定めるものとします。

## 19 第三者による評価の実施状況等

- (1) 第三者による評価の実施 なし

## 《説明・同意・受理の証》

令和 年 月 日

上記、重要事項に関して説明を受け、同意し受理いたしました。

契約者氏名 \_\_\_\_\_ 様 印

代理人兼連帯保証人（契約書第23条により選任した場合）

\_\_\_\_\_ 様 印（続柄 \_\_\_\_\_）

契約者の署名代筆の場合、その理由

上記重要事項に関して説明し、同意を受け交付いたしました。

事業所 所在地 群馬県太田市小舞木町269番地1  
名 称 デイホーム孫の手・こまいぎ

印

説明者 \_\_\_\_\_