重　要　事　項　説　明　書
（潤生園　やすらぎの家　沼田）

社会福祉法人　小田原福祉会

１、事業所の概要

・事業所名　　潤生園　やすらぎの家　沼田
・介護保険事業所番号　１４９４３００２２９
・提供サービス　　地域密着型通所介護・通所型サービス（介護予防通所介護相当）
・定員　　１０名
・管理者及び連絡先　　笹田　永子
南足柄市沼田２３７
・提供可能地域　　南足柄市、その他応相談

２、事業所の職員体制　（2026年6月1日現在）

管理者　　１名　　（常勤兼務職員）
生活相談員　　３名以上（常勤兼務職員２名以上、非常勤兼務職員１名以上）
介護職員　　4名以上（常勤兼務職員1名以上、常勤専属職員1名以上、非常勤専属職員1名以上、非常勤兼務職員1名以上）
機能訓練指導員　１名以上（常勤兼務職員　０名、非常勤兼務職員　１名以上）
歯科衛生士　　１名以上（常勤兼務職員　０名、非常勤兼務職員　１名以上）

３、サービス概要

①　居宅サービス計画に沿って、利用者の意向や心身の状況を踏まえて、地域密着型通所介護計画（又は通所型サービス（介護予防通所介護相当）計画）を作成、利用者や家族に説明し、同意をいただきながらサービスの提供を行います。
②　当該施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談、助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行います。

４、サービス提供時間

・営業日　　月曜日～土曜日、及び祝日（日曜日を除く）
ただし、１月１日から１月３日までを除く
・営業時間　　午前８時００分～午後５時００分まで
・サービス提供日　　営業日に同じ
・サービス提供時間　　午前８時３０分～午後４時２０分まで
※利用者毎の状況により、サービス提供実施時間は異なる場合があります。

５、利用者負担金

利用者負担金は次の５種類に分かれます。

①　介護報酬に係る利用者負担金（介護報酬告示上の額の自己負担割合に応じた額。
※割合は、「介護保険負担割合証」に記載されていますので、ご確認ください）
②　運営基準（厚労省令）で定められた「その他の費用」
・食費７００円等は自己負担（おやつは無料）
③　時間延長サービス　別途契約による（全額自己負担）
④　通常の事業の実施地域を超えて行う送迎に要する費用は頂きません。
⑤　利用者の希望により、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用（実費）
なお、④の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事

前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名捺印）を受けることとする。

≪要介護認定者利用単位数≫

	利用時間 7～8 時間	サービス提供体制強化加算Ⅱ（注 1）	入浴介助加算（注 2）	介護職員等処遇改善加算Ⅱロ（注 3）
要介護 1	753 単位	18 単位	40・55 単位	該当月の所定単位数×12.5%
要介護 2	890 単位			
要介護 3	1,032 単位			
要介護 4	1,172 単位			
要介護 5	1,312 単位			

（注1）　サービス提供体制強化加算Ⅱ　18 単位/日
介護職員総数の 5 割以上が介護福祉士の資格取得者である事業所に適用。

（注 2）入浴介助加算Ⅰ・Ⅱ　40・55 単位/日
Ⅰ：入浴サービスをご利用された場合に算定。
Ⅱ：利用者宅を訪問し、浴室での動作、浴室の環境を評価し、環境整備を助言します。個別の入浴計画作成し、自宅の状況に近い環境で入浴介助を実施します。

（注 3）介護職員等処遇改善加算Ⅱロ　所定単位数の 125/1,000（1 月につき）

※若年性認知症利用者受入加算　60 単位/日
若年性認知症利用者の利用時に加算されます。
※施設による送迎を実施しない場合の減算　47 単位/片道
利用者が自ら通う場合、または家族が送迎を行う場合に減算されます。
※口腔・栄養スクリーニング加算
次のいずれかの口腔・栄養スクリーニング加算を適用します。
①口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ　20 単位/6 月に 1 回
利用開始時及び利用中 6 か月ごとに口腔及び栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する方法を介護支援専門員に文書で共有します。
②口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ　5 単位/6 月に 1 回
口腔機能向上加算を算定の場合、栄養項目のスクリーニングのみ実施。
※口腔機能向上加算Ⅰ　150 単位/回（1 月 2 回）
ご希望の方に、歯科衛生士がご利用者の口腔状態に応じた口腔ケアを実施した際に加算されます。
※口腔機能向上加算Ⅱ　160 単位/回（1 月 2 回）
上記、口腔機能向上加算Ⅰの基準を満たし、厚生労働省に LIFE データ（利用者の身体状況などの情報）を提出し、同省からのフィードバック内容を個別の計画書に反映します。

※科学的介護推進体制加算　40 単位/月
厚生労働省に LIFE データ（利用者の身体状況などの情報）を提出し、

同省からのフィードバック内容を個別の計画書に反映します。
※ADL 維持等加算Ⅰ　30 単位/（1 月につき）
※ADL 維持等加算Ⅱ　60 単位/（1 月につき）
6 か月に一度、利用者の ADL（日常生活動作）を評価し、厚生労働省に LIFE データ（利用者の身体状況などの情報）を提出します。

《利用者負担金の算出方法》
・該当月の総単位数×地域区分別 1 単位の単価＝A（1 円未満切捨て）
（南足柄市は 7 級地という区分で、1 単位の単価は 10.14 円）
・A×　保険給付率　＝B（保険給付額：1 円未満切捨て）
・A－B＝①の介護報酬に係る利用者負担金　となります。

≪要支援認定者ならびに事業対象者　利用単位数≫

	基本サービス	サービス提供体制強化加算Ⅱ（注 4）	介護職員等処遇改善加算Ⅱロ（注 5）
要支援 1・事業対象者	1 回のご利用につき 436 単位 【月に 5 回以上のご利用の場合】ひと月あたり 1,798 単位	72 単位／月	該当月の総単位数×12.5%
要支援 2・事業対象者	1 回のご利用につき 447 単位 【月に 9 回以上のご利用の場合】ひと月あたり 3,621 単位	144 単位／月	

（注 4）サービス提供体制強化加算Ⅱ
要支援 1　72 単位/月　要支援 2　144 単位/
当該加算の内容は、前述の≪要介護認定者利用単位数≫の表の説明文中の同加算と同じ
（注 5）介護職員等処遇改善加算Ⅱロ（注 3）に同じ

※若年性認知症利用者受入加算　240 単位/月
若年性認知症利用者の利用時に加算されます。

※科学的介護推進体制加算
当該加算の内容は、前述の**≪要介護認定者利用単位数≫**の表の説明文中の同加算と同じ
※口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ　20 単位/6 月に 1 回
当該加算の内容は、前述の≪要介護認定者利用単位数≫の表の説明文中の同加算と同じ
※口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ　5 単位/6 月に 1 回
当該加算の内容は、前述の**≪要介護認定者利用単位数≫**の表の説明文中の同加算と同じ
※口腔機能向上加算Ⅰ　150 単位/回（1 月 1 回）

当該加算の内容は、前述の**≪要介護認定者利用単位数≫**の表の説明文中の同加算と同じ

※口腔機能向上加算Ⅱ　160 単位/回（1 月 1 回）

当該加算の内容は、前述の**≪要介護認定者利用単位数≫**の表の説明文中の同加算と同じ

《利用者負担金の算出方法》… 要介護認定者と同じ算出方法です。

＜その他＞

※自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いします。

〇自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月１回引き落とします。）

〇現金払い（月末締め、翌月払い）

※介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。

６、サービス利用の中止

（１）サービスの利用の中止をする際には、下記の連絡先までご連絡ください。
連絡先（電話）：0465-20-8451

（２）利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。なお、キャンセル料を頂く場合がございます。

①利用前日の午後５時までに利用中止のご連絡をいただいた場合
→無料

②利用前日の午後５時までに利用中止のご連絡をいただけなかった場合
→食事代７００円を頂きます。

７、運営推進会議の開催

事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、運営推進会議を設置します。運営推進会議の構成員は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね６ヶ月に１回以上開催します。

８、事故発生時の対応

事業者は、現にサービス提供を行っている時に事故による利用者の怪我等が発生した場合には、事前に取り交わした緊急連絡先に連絡すると共に、主治の医師又は歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。また、保険者に対して介護事故発生報告を行うと共に、介護事故再発防止策を検討し、利用者に説明します。

９、緊急時の対応

事業者は、現にサービス提供を行っている時に事故による利用者の怪我及び利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

１０、損害賠償責任

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

１１、非常災害対策

非常災害に対し利用者の状況に応じた具体的計画をたてておき、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。本事業所主催の訓練の際には地域住民の協力を要請するとともに、地域で開催される防災訓練への積極的な参加に努めます。

１２、衛生管理対策

事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備等について「感染症対策マニュアル」等を作成し、衛生的な管理に努めます。研修等において「感染症対策マニュアル」等を周知徹底し、感染症の発生又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、従業者については、適宜に健康診断等を実施します。

１３、ハラスメントについて

事業所は、適切なサービス提供を確保する観点から、ご利用者、ご家族、取引先、その他利害関係者等により、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介護職員等の就業環境が害されることを防止するため、方針の明確化など必要な措置を講じます。

２　ハラスメントは、サービス提供に支障をきたすとともに、関わった職員の心身の健康にも悪影響を及ぼします。

下記のような行為があった場合、必要に応じてサービス対応の見直し等を行います。

（１）性的な話をしたり必要もなく身体に触れたりする等のセクシャルハラスメント行為
（２）特定の職員への嫌がらせや、理不尽なサービス要求等の精神的暴力
（３）叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力
（４）長時間の電話、職員や事業所に対して理不尽な苦情を申し立てる等の行為
（５）その他、上記に類する行為

１４、職員研修

事業者は、従事者の質的向上を図るため、以下の職員研修機会を提供し、業務体制を整備します。

１）採用時研修　採用後３か月以内
２）継続研修　　年３回以上
３）課題研修　　必要時

１５、相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

≪潤生園　やすらぎの家　沼田≫

相談責任者　　管理者・笹田　永子
対 応 時 間　　午前８時００分～午後５時００分
電 話 番 号　　0465-20-8451
ファックス　　0465-20-8452

≪小田原福祉会　福祉サービス相談委員会≫

１　設置主体：社会福祉法人　小田原福祉会
２　設置場所：小田原市穴部377　特別養護老人ホーム潤生園内　法人本部　会議室
３　開催日程：毎年4月、7月、10月、1月の第3木曜日　午前10時から午前11時まで
４　相談委員：楊　　隆子　／岡村　悦子　／廣澤　雄治

≪公的受付機関≫
・南足柄市高齢介護課　（月～金曜日　8:30～17:15）
　南足柄市関本440　　℡0465-73-8057
・神奈川県国民健康保険団体連合会（月～金曜日　8:30～17:15）
　横浜市西区楠町27-1　　℡045-329-3447

１６、守秘義務及び秘密の保持

事業者及び従業者は、業務上知りえた利用者及び家族の情報を漏らしません。また、退職後においてもこれらの情報を保守するべき旨を従業者との雇用契約の内容としています。但し、円滑にサービスを提供するために介護支援専門員（計画作成担当者）及び主治医・保険者には、書面（別紙「個人情報使用同意書」）により同意を得た上で、サービスを提供するために必要な個人情報を提供します。

１７、法人の概要

名　　称	社会福祉法人　小田原福祉会
代表者名	理事長　　時田　佳代子
所在地	小田原市穴部３７７番地
ＴＥＬ	０４６５－３４－６００１
ＦＡＸ	０４６５－３４－９５２０

事業概要

・特別養護老人ホーム	１事業所
・地域密着型特別養護老人ホーム	１事業所
・共生型短期入所生活介護	２事業所
・認知症対応型共同生活介護事業所	２事業所
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	１事業所
・通所介護事業所	３事業所
・地域密着型通所介護	８事業所
・居宅介護支援事業所	３事業所
・介護予防支援事業所	４事業所
・看護小規模多機能型居宅介護	１事業所
・小規模多機能型居宅介護事業所	５事業所
・訪問看護事業所	１事業所
・サービス付き高齢者向け住宅	２事業所
・福祉有償運送	１事業所
・共同生活援助	１事業所
	（3棟）

（2026年9月1日現在）

年　　月　　日

上記のとおり重要事項を説明し、交付いたしました。

潤生園　やすらぎの家　沼田

説明者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり重要事項の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者は、心身の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代行者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿