

指定通所介護サービス
重要事項説明書

様

紗綾

s a y a

合同会社 如月

紗綾くまもと

指定通所介護サービス重要事項説明書

この「重要事項説明書」は、平成11年厚生労働省令第37号及び平成18年厚生労働省令第35号等に基づき、指定通所介護サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. 事業者の概要

事業者名称	合同会社 如月
代表者名	片山 渉
所在地	〒869-4213 熊本県八代市鏡町有佐230番1 TEL 0965-52-5510

2. 事業所の概要

(1) 事業所の所在地

事業所名	紗綾くまもと
介護保険 指定事業所番号	事業開始年月日 令和5年6月1日 指定事業所番号 4370203269
事業所所在地	〒869-4403 熊本県八代市泉町下岳4350番地
連絡先	TEL 0965-67-3899 FAX 0965-67-3008
管理者	藤原 葵
通常の事業の 実施地域	①八代市 ②氷川町 ③下益城郡美里町 ④宇城市

(2) 事業所の目的及び運営方針

事業の目的	合同会社 如月が設置する、紗綾くまもと（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護事業（以下「事業」という。）の適切な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護職員その他の従業者が、介護保険法に及びの定める介護保険法等関係の条例に従い、高齢者がその有する能力に応じ可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援する。
-------	--

運営方針	<p>1 事業の提供にあたっては、事業所の従業者は、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、必要な日常生活上の世話およ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る。</p> <p>2 事業の実施にあたっては、関係市区町村、居宅介護支援事業者、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。</p>
------	---

(3) 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土曜日（祝日は営業） 年末年始12/31～1/3
営業時間	08時15分 から 17時15分 まで サービス提供時間は、 1 単位目：09時00分～16時00分

(4) 事業所の従業者体制

管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関係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。	兼務常勤 1名
看護職員	利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行う。	兼務常勤 2名
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の低下を防止するために必要な機能訓練を行う。	兼務常勤 2名
生活相談員	利用者及び家族に対し生活指導及び介護に関する相談及び助言を行う。利用者の心身の状況等を踏まえて通所介護計画の作成等を行う。居宅介護支援事業者等と連携し必要な調整を行う。	兼務常勤 3名
介護職員	利用者の心身の状況等を的確に把握し、適切な介助を行う。	兼務常勤 4名

3. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービス内容
機能訓練	体力や運動器機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行う。
送迎	利用者に対し送迎サービスを提供する。
相談・助言	利用者及びその家族の生活指導及び日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。
健康チェック	利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行う。
入浴	入浴見守りまたは介助を行います。また、利用者の身体の状況に応じて、必要な介助を行う。
食事	利用者の身体の状況及び嗜好・栄養を考慮した食事を提供する。

(2) 提供するサービスの利用料について（介護保険を適用する場合）

通常規模型事業所 通所介護費

通常規模型通所介護費		単位数	10割	利用者負担額 (円 1割負担)	利用者負担額 (円 2割負担)	利用者負担額 (円 3割負担)	説明等
基本額 7時間以上 8時間未満	要介護1	658	6,580	658	1,316	1,974	1日につき
	要介護2	777	7,770	777	1,554	2,331	1日につき
	要介護3	900	9,000	900	1,800	2,700	1日につき
	要介護4	1,023	10,230	1,023	2,046	3,069	1日につき
	要介護5	1,148	11,480	1,148	2,296	3,444	1日につき
加算額	入浴介助加算Ⅰ	40	400	40	80	120	1日につき
	個別機能訓練加算Ⅰイ	56	560	56	112	168	1日につき
	口腔機能向上加算Ⅰ	150	1,500	150	300	450	月2回が限度
	介護職員処遇改善加算Ⅲ	介護報酬総単位数(基本額+各種加算減算)×8.0%[1単位未満の端数四捨五入]					

*1 地域別加算により熊本県は地域区分が「その他」のため「1単位=10.00円」となります。

*2 行事・創作活動等を実施する際、費用（実費）を別途頂く場合があります。

*個別機能訓練加算 I イ、ロ

個別機能訓練加算 I イ：看護師等（要資格者）の当該加算の人員配置を満たし、個別機能訓練計画に基づき5名程度以下の小集団にて要資格者より直接機能訓練の提供を受け、その後3ヶ月毎に1回以上ご利用者様宅を訪問した上でご利用者様または家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画書の進捗状況、訓練内容を説明した場合に56単位/回を加算

個別機能訓練加算 I ロ：個別機能訓練加算 I イの条件を満たした上で専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を指定通所介護を行うサービス提供時間帯を通じて1名以上配置することにより85単位/回を加算。

*入浴介助加算 I

入浴中のご利用者様の自立生活支援のための見守りの援助を含む介助を行う場合で、ご利用者様の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力ご利用者様自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ気分の確認などを行う場合40単位/回を加算。

*口腔機能向上加算 I

利用者の口腔機能の向上を目的としており、高齢者に個別で、口腔清掃の指導や、摂食・嚥下機能に関する訓練など、適切な指導が実施されているかを認められた場合に、150単位/回を加算。

*通所介護処遇改善加算 III

介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が利用者に対し指定通所介護サービスを行なった場合、所定の単位×8.0%/月を加算

4. 利用料その他の費用の請求および支払い方法について

指定通所介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、当該指定通所介護が法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

利用料の支払いを受けた場合は、利用者に対して領収書を交付します。事業所は当月の利用者負担金の請求書に明細を付して翌月15日までに利用者へ請求し、利用者指定の口座より翌月20日に引き落とすものとします。（ただし20日が日、祝祭日の場合は翌営業日となります。）

*引き落としが確認できましたら、領収書を発行しますので必ず保管をお願い致します。
(再発行は基本的にはしません)

*利用料、その他の費用の支払いについて支払期日から2ヶ月以上経過し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合は契約を解約したうえで、未払い分をお支払い頂きます。

<介護保険利用者>

通所介護の内容に対する利用料及び自己負担額は以下のとおりです。なお負担割合は前年度の収入によって決定し、「利用者負担割合証明書」が交付されます。

サービスの区分および加算		利用料	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
基本料	介護度 (要介護1の場合)	6,580円	658円	1,316円	1,974円
加算料	通所介護個別機能訓練加算 Iイ	560円	56円	112円	168円
	通所介護入浴介助加算 I	400円	40円	80円	120円
	通所介護口腔機能向上加算 I	1,500円	150円	300円	450円
	通所介護処遇改善加算 III	ご利用単位× 8.0%×地域料金			

※自己負担割合は、認定者全員に交付される「利用者負担割合証明書」に記載されています。

<介護保険給付対象外サービスの利用料>

サービス	利用料
洗濯	1組 100円
事業地域以外送迎費	1組 400円
昼食	1食 600円
行事食	1食 1100円

5. サービス提供に関する相談・苦情について

<p>サービス提供に関する相談・苦情に しましてはまず事業所にご連絡いた だき、さらにご相談がある場合は、熊本 県国民健康保険団体連合会・区市町村 相談窓口等にお問い合わせください。</p>	<p>相談担当者名：片山 渉 連絡先電話番号：0965-67-3899 F A X 番号：0965-67-3008</p> <ul style="list-style-type: none"> ・熊本県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情・相談窓口 電話番号：096-214-1101 受付時間：午前9時から午後5時まで（月曜～金曜） ・熊本県庁高齢者支援課 施設介護班、居宅介護班 電話番号：096-333-2219 （月曜日～金曜日：8:30～17:15） ・八代市役所 健康福祉部 長寿支援課 電話番号：0965-32-1175 （月曜日～金曜日：8:30～17:15） ・美里町役場 砥用庁舎 福祉課 電話番号：0964-47-1116 （月曜日～金曜日：8:30～17:15） ・氷川町役場 福祉課 介護保険係 電話番号：0965-52-5852 （月曜日～金曜日：8:30～17:15）
---	--

6. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業所の従業者はサービス提供を行う上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は利用者及びご家族から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の家族の個人情報を用いません。事業者は利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

事業所における個人情報保護についての取り扱いについては合同会社如月における「個人情報の適正な取り扱いのために～個人情報保護規定等～」に則って取り扱うこととします。プライバシーポリシー、個人情報取り扱い業務概要説明書は別紙にて説明し、必要な方には交付します。

7. 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	
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	

8. 緊急時の対応について

サービス提供中に緊急の事態が発生した場合はデイサービスにおける各種資料に沿って対応させていただきます。その際に必要な緊急連絡先を別紙にてご指定ください。夜間、営業時間外の緊急事態におきましては対応しかねますのでご了承下さい。

9. 家族等への連絡について

利用者よりサービスに係る要望等があった場合には、利用者に対応について連絡するとともに同様の内容を家族等へも連絡します。

10. 記録の保管について

事業者はサービス提供に関する記録を整備し、契約終了時から5年間保管します。また記録物の閲覧および実費による写しの交付については本人および家族に限り可能です。必要時はお相談下さい。

11. 損害賠償

サービス提供に伴って事業者の明らかな過失により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において利用者に対し、その損害を賠償致します。この契約においてやむを得ず訴訟となる場合は利用者の所在地を管轄する裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とすることにあらかじめ同意します。

(合意裁判管轄)

12. 事故処理

- ①事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに市区町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ②事業所は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、その契約の完結の日から5年間保存します。
- ③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。

13. 防災訓練

事業所では、非常災害に備えるため、消防計画を作成し避難訓練を次のとおり個々の日程で複数回行います。

- ①防災訓練 年2回
- ②避難訓練 年1回
- ③通報訓練 年1回

14. 人権擁護・虐待防止

- ①事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。
 - (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - (3) その他虐待防止のために必要な措置
- ②事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢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、これを市町村に通報するものとする。

15. 非常災害時対策

事業者は、非常災害等の発生の際にその事業を継続することができるよう、他の社会福祉施設と連携し、協力することができる体制を構築していきます。

16. 衛生管理等

- ①介護職員等従業員の生活の保持及び健康状態について必要な管理を行います。
- ②事業所の設備及び備品等について衛生的な管理に努めます。

17. 留意事項

- ①サービスのキャンセルにつきましては利用者またはその家族、介護支援専門員によりサービス提供日の当日午前 8 時半までにご連絡ください。
- ②事業所では基本的に禁煙とさせていただいており、事業所内には喫煙所を設けておりません。禁煙にご理解ご協力のほどよろしくお願い致します。
- ③事業所内においては携帯電話の使用をご遠慮願います。
もし連絡等が必要な場合は事業所の電話をご使用下さい。
- ④事業所では随時、在宅ケア従事者の育成のために他事業所からの研修生の受け入れにも協力させていただいております。
なにとぞ、ご協力のほど宜しくお願い致します。
- ⑤1ヶ月以上休みが続いたときの終了等の手続きについて
1ヶ月以上休みが続いたときは、ご連絡させて頂き契約を継続するかどうかご確認させて頂きます。
継続が不可能な場合は契約終了とさせて頂きますのでご了承ください。
- ⑥災害時の対応（地震・台風・大雪・警報時など）
地震・台風・大雪・警報時などサービスを継続出来ない気象状況になった場合はやむを得ず、サービスを打ち切りとさせていただく場合がございます。
その際はご連絡させて頂きますのでご了承ください。
- ⑦安全で円滑な送迎の為、お迎えの時間を書面または電話にてご連絡します。
お知らせした時間よりも10分以内の早まりや遅れにつきましてはご了承ください。
交通事情等で10分以上到着時間が前後する場合は、電話連絡を致します。

重要事項説明年月日

令和 年 月 日

事業所は本書面に基づき、重要事項を説明しました。

事業所名 紗綾くまもと
所在地：熊本県八代市泉町下岳4350番地
TEL：0965-67-3899
事業者：合同会社 如月

法人印

説明者氏

印

私は本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、同意しました。

※通所に際し、自己における送迎の場合は、十分に注意を払います。また、万一、事故に遭遇した場合は、その原因の如何を問わず一切の責任を自ら負い、【紗綾くまもと】に対する責任の一切を免除します。

利用者 住所

氏名

印

代筆者

氏名

印

利用者家族

住所

氏名
(続柄)

印

合同会社 如月 紗綾くまもと
管理者殿

緊急連絡先

緊急時において担当者は、必要な処置を講じます。また、ご指定頂いた緊急連絡先にも連絡を致します。

氏名		続柄	
住所	〒		
電話番号			
昼間の連絡先			
携帯電話番号			

氏名		続柄	
住所	〒		
電話番号			
昼間の連絡先			
携帯電話番号			

主治医	氏名	
	医療機関名	
	住所	〒
	電話番号	

ケアマネジャー	氏名	
	事業所名	
	住所	〒
	電話番号	

指定通所介護サービス契約書

様

紗綾

s a y a

合同会社 如月

紗綾くまもと

指定通所介護サービス契約書

富岡 様（以下「利用者」という）と、合同会社 如月（以下「事業者」という）とは、指定通所介護の利用（目的）に関して、次のとおり契約を締結します。

事業者は、介護保険法等関係法令およびこの契約書に従い、利用者に対し利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう通所介護サービスを提供し、利用者は、事業者に対しそのサービスに対する料金を支払います。

（契約期間）

第1条

1 この契約の契約期間は契約締結日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとし、或いは利用者が要支援認定または自立と判断されるまでとします。

2 契約満了日までに利用者から契約終了の申し出がない場合は、契約は自動的に更新されます。

この自動更新による契約の期間は利用者の更新後の要介護認定の有効期間満了日までとし、或いは利用者が、要支援認定または自立を判断されるまでとします。

（利用料の変更）

第2条

1 事業者はこの契約に定める内容のうち利用料の変更（増額または減額）を行おうとする場合には重要事項説明書の一部を変更する文書を作成し、利用料等の変更予定日から1ヶ月以上の期間をおいて利用者にもその内容を通知するものとします。

2 利用者は、利用料等の変更を承諾する場合には、この契約の一部変更契約を事業者と締結します。

3 利用者は利用料等の変更を承諾しない場合には、その旨を事業者にも文書で通知することでこの契約を解除することができます。

（利用サービス内容の変更）

第3条

1 利用者及び事業者はいつでもサービス内容を変更するよう申し出ることが出来ます。

事業者は利用者からの申し出があった場合には、変更を拒む正当な理由がない限り、居宅介護支援事業者と連携し速やかにサービス内容を変更します。

2 サービス内容を変更した場合、利用者と事業者とは変更後のサービス内容について記載した利用サービス変更契約書を交わします。

（利用料の滞納）

第4条 利用者が正当な理由なくこの契約に定める利用料等の支払いを2か月以上遅滞した場合は事業者は利用者に対し、14日以上支払期限を定め当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解除する旨の催告をすることができます。

2 事業者は、前項の催告をした場合には、このサービス提供を調整した介護支援専門員と協議し必要な措置を取ります。

3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかった時は文書をもって本契約を解除することができます。

(利用者の解除権)

第5条

- 1 利用者は事業者に対していつでもこの契約の解約を申し入れることができます。
この場合には、1ヶ月以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日にこの契約が解除されます。
- 2 利用者は次のいずれかに事業者が該当する場合は前項の規定に関わらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解除することができます。
 - 一 事業者又は従業者が正当な理由なく、介護保険法等関係法令及び本契約に定めた事項を遵守せずにサービス提供を怠ったとき。
 - 二 事業者または従業者が守秘義務に違反したとき。
 - 三 事業者が破産等により、事業を継続する見通しが困難になったとき。
 - 四 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ような背信行為を行ったとき。

(事業者の解除権)

第6条

- 1 事業者は事業規模の縮小、事業者の休廃止等この契約に基づくサービスの提供が困難になるなどのやむを得ない事情がある場合には利用者に対してこの契約の解除を予定する日から1ヶ月以上の期間において利用者に解除理由を示した文書を通知することにより、この契約を解除することができます。但し、次の場合には1か月以上の事前申し出の期間なしにこの契約を解除することができます。
 - 一 利用者またはその家族等が従業者や担当者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
 - 二 利用者が事業者の通常の事業（又は送迎）の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合。
 - 三 1か月以上休みが続き、確認の結果、継続が不可能と判断される場合。
- 2 事業者は前項により、この契約を解除する場合はこのサービスの提供を調整した介護支援専門員または利用者が住所を有する市区町村と協議し、必要な措置を取ります。

(契約の終了)

第7条

- 1 次のいずれかに該当する場合は、この契約は終了致します。
 - 一 利用者が死亡したとき。
 - 二 利用者から解約の申し入れがなされ、予告期間が満了したとき。
 - 三 事業者から契約の解除の意思表示がなされ予告期間が満了したとき。
 - 四 利用者が介護保険施設に入所または入院したとき。
 - 五 利用者の要介護状態区分が要支援もしくは事業対象者、または非該当（自立）と認定されたとき。

(相談窓口と苦情相談について)

第8条

重要事項説明書に記載した通りです。

(事故について)

第9条

重要事項説明書に記載したとおりです。

(秘密の保持と個人情報の保護について)

第10条

重要事項説明書に記載したとおりです。

(契約外条項)

第11条

本契約に定めのない事項については介護保険法その他関係法令の定めるところを尊重し、利用者および事業者の協議により定めます。

(利用料について)

第12条

重要事項説明書に記載したとおりです。

(裁判管轄について)

第13条 重要事項説明書に記載したとおりです。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者が記名押印のうえ、各自1通を保有するものとします。

事業者住所：熊本県八代市鏡町有佐230番地1

事業者名：合同会社 如月

代表社員 片山 渉

法人印

事業所住所：熊本県八代市泉町下岳4350番地

事業所名：合同会社 如月 紗綾くまもと

利用者 住所

氏名

印

代筆者 氏名

印

利用者家族 住所

氏名
(続柄)

印

契約締結日 令和 年 月 日