

令和 年 月 日

「指定地域密着型通所介護」重要事項説明書

地域共生型デイサービス そようの森

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(指定 第4392800282号)

- ☆ 当事業所はご契約者に対して「指定地域密着型通所介護」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」と認定された方が対象となります。
要介護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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 苦情の受付について
7. 事故発生時の対応について

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 有限会社ひまわり・コーポレーション |
| (2) 法人所在地 | 熊本県上益城郡山都町浜町259-20 |
| (3) 電話番号 | 0967-72-4390 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 安永 幸二郎 |
| (5) 設立年月日 | 昭和63年7月16日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|-------------------|
| (1) 事業所の概要 | 指定地域密着型通所介護事業所 |
| (2) 事業所の名称 | 地域共生型デイサービス そようの森 |
| (3) 事業所の所在地 | 熊本県上益城郡山都町今500 |
| (4) 電話番号 | 0967-72-9888 |
| (5) FAX | 0967-72-9889 |

(6) 事業所長 下竹 砂智江

(7) 事業所の目的

通所介護は、要介護状態と認定されたご契約者に対し、介護保険法令の趣旨に従つて、通所介護計画を立て実施し、ご契約者が健康で充実した生活を過ごせることを目的とする。

(8) 当事業所の運営方針

- ① 当事業所では、通所介護計画に基づいて、機能訓練やレクレーション、健康チェック等を行い、ご契約者の心身の機能の維持回復を図り、ご契約者が一日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努める。
- ② 当事業所では、ご契約者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある緊急の場合などのやむを得ない場合以外、原則として身体拘束を行わない。
- ③ 当事業所は、地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携を図り、ご契約者が地域において総合的なサービス提供を受けることができるよう努める。
- ④ 事業所では、明るく家庭的な雰囲気を重視し、ご契約者が「にこやか」で過ごすことができるサービス提供に努める。
- ⑤ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、ご契約者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともにご契約者の同意を得て実施するよう努める。

(9) 開設年月 令和6年7月1日

(10) 利用定員 月～金曜日 10人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

山都町全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	毎週（月曜～金曜）*12/29から1/3までを除く。 *夏期（お盆期間中※不定期）の3日を除く。 *祝日は通常どおり営業します。	
営業時間	月曜～金曜	8:00～17:00
サービス提供時間	月曜～金曜	9:00～16:00

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービス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	指定基準	業務内容	勤務体制
管理者	常勤1名	事業所の運営・管理全般を統括する。	常勤1名
生活相談員	1名	ご契約者の生活相談及び通所介護計画書の作成、実施に従事する。	1名以上
看護職員	1名	ご契約者の健康管理、地域の医療機関と連携し、健康づくりのお手伝いを行う。	非常勤含め1名以上
介護職員	1名	ご契約者の日常生活の介護相談並びに援助業務に従事する。	非常勤含め1名以上
機能訓練指導員	1名	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練業務に従事する。	非常勤含め1名以上

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制（勤務時間）
1. 管理者	シフト制（月～金8：00～17：00の範囲内）
2. 生活相談員	シフト制（月～金8：00～17：00の範囲内）
3. 看護職員	シフト制（月～金8：00～17：00の範囲内）
4. 機能訓練指導員	シフト制（月～金8：00～17：00の範囲内）

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。なお、当事業所が提供するサービスについては、利用料金が介護保険から給付される場合と利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

利用料金の大部分（介護保険負担割合証の割合に基づいた金額）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

- ① 排泄 ご契約者の排泄の介助を行います。
- ② 機能訓練 ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能を維持するための訓練を実施します。
- ③ 送迎サービス
ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
送迎可能地区 山都町全域
- ④ 健康チェック
バイタル測定（血圧・脈拍・体温など）を行います。
- ⑤ 入浴 一人用浴槽又は機械浴槽の中から、ご契約者の状況に応じた適切な入浴をしていただきます。
- ⑥ 食事 施設内厨房からの食事の提供、又は外部からの食事提供業者に委託。
(食事の準備・配膳下膳介助、食事摂取の介助、その他必要な食事介助)

＜サービス利用料金（1回あたり）＞（契約書6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた額（自己負担額）をお支払いください。

（上記サービスの利用料金は、ご契約者の介護度に応じて異なります。）

通所介護事業所利用料金表

厚生労働大臣の定める基準によるもの

通所介護利用者・・・1回につき

○共通的サービス：地域密着型通所介護費（介護報酬告示額）

【3-4時間 基本料金表】

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 4,160円	要介護2 4,780円	要介護3 5,400円	要介護4 6,000円	要介護5 6,630円
2. うち、介護保険から給付される金額	3,744円	4,302円	4,860円	5,400円	5,967円
3. 1割自己負担額	416円	478円	540円	600円	663円
4. 2割自己負担額	832円	956円	1,080円	1,200円	1,326円

*全て1回の料金です。送迎も含まれています。

【4-5時間 基本料金表】

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 4,360円	要介護2 5,010円	要介護3 5,660円	要介護4 6,290円	要介護5 6,950円
2. うち、介護保険から給付される金額	3,924円	4,509円	5,094円	5,661円	6,255円
3. 1割自己負担額	436円	501円	566円	629円	695円

4. 2割自己負担額	872円	1,002円	1,132円	1,258円	1,390円
------------	------	--------	--------	--------	--------

*全て1回の料金です。送迎も含まれています。

【 5-6 時間 基本料金表 】

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 6,570円	要介護2 7,760円	要介護3 8,960円	要介護4 10,130円	要介護5 11,340円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,913円	6,984円	8,064円	9,117円	10,206円
3. 1割自己負担額	657円	776円	896円	1,013円	1,134円
4. 2割自己負担額	1,314円	1,552円	1,792円	2,026円	2,268円

*全て1回の料金です。送迎も含まれています。

【 6-7 時間 基本料金表 】

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 6,780円	要介護2 8,010円	要介護3 9,250円	要介護4 10,490円	要介護5 11,720円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,102円	7,209円	8,325円	9,441円	10,548円
3. 1割自己負担額	678円	801円	925円	1,049円	1,172円
4. 2割自己負担額	1,356円	1,602円	1,850円	2,098円	2,344円

*全て1回の料金です。送迎も含まれています。

【7-8時間 基本料金表】

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 7,530円	要介護2 8,900円	要介護3 10,320円	要介護4 11,720円	要介護5 13,120円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,777円	8,010円	9,288円	10,548円	11,808円
3. 1割自己負担額	753円	890円	1,032円	1,172円	1,312円
4. 2割自己負担額	1,506円	1,780円	2,064円	2,344円	2,624円

*全て1回の料金です。送迎も含まれています。

【サービスの提供によって加算される料金】

○各種加算

それぞれ料金が上記に加算されます。

加算の種類	利用料	利用者負担額
入浴介助加算（I）	1回につき40単位	40円 (2割負担は80円)

○加算要件

加算の種類	加算要件
入浴介助加算（I）	入浴介助研修を受講し、入浴を適切に行う事が出来る人員・設備を有し、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う。

○送迎に関する減算要件

送迎を行わない場合の減算について

事業所が送迎を行っていない利用者がいる場合	送迎を実施しない場合94単位（利用者負担金1回につき、94円）を減算する。
	片道のみの場合、47単位（利用者負担金1回につき、47円）を減算する。

- ☆ ご契約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いつたんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、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。
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条・第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① お食事

昼食をご利用される場合、そのご利用回数分の費用をご負担いただきます。

食事代実費：昼食代500円（税込）

おやつ代実費：おやつ代50円（税込）

☆利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合
取消料として、下記の料金をお支払いいただく場合があります。

昼食代⇒ キャンセル料金（100%）

② レクリエーション

レクリエーションを行うにあたり一般的には費用は発生いたしませんが、自宅
へ持ち帰ることを目的に制作する品物に対しては、協議の上、材料費をいただく
ことがあります。

③ 衛生管理上必要となる諸費用

衛生管理上必要となる物品の購入代金はご契約者に実費相当をご負担頂きます。
(おむつ代・尿パット代など)

☆可能ならば予備のものをご持参ください。

④ 利用料金のお支払方法（契約書第6条を参照）

前記（1）の料金はご利用当月の末締めで、当月ご利用分料金合計額の請求書を翌月
10日までに発行します。料金の合計額をご利用月の翌月20日までにあらかじめ指定
した通帳より口座振替の方法でお支払いください。ご契約の際には預金口座振替依頼
書のご記入をお願いします。なお、振込手数料90円はご契約者様負担となります。
また、現金によるお支払いの場合はその金額を翌月最初のサービス利用日にお支払い
下さい。

前記（2）の費用は、サービス利用時ごとにその都度お支払い下さい。

⑤ 利用の中止・変更・追加（契約書第7条参照）

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、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の前日までに事業者に申し出て下さい。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合には、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について（契約書第20条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 管理者 下竹 砂智江

○受付時間 月曜日～金曜日 8時～17時

（2）行政機関その他苦情受付機関

熊本県国民健康保険団体連合会	所在地	熊本市東区健軍2丁目4番10号
	電話番号	096-365-0811
山都町役場本庁 福祉課	所在地	山都町浜町6
	電話番号	0967-72-1229
	FAX	0967-72-1080

7. 事故発生時の対応

- （1）指定地域密着型通所介護事業者は、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村や当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- （2）指定地域密着型通所介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して行った処置について記録します。
- （3）指定地域密着型通所介護事業者は、利用者に対する指定地域密着型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。（契約書第12・13条参照）
 - （4）指定地域密着型通所介護事業者は、事故発生時の状況を分析し、再発防止策を講じます。

8. 第三者評価の実施状況

現在、実施していません。

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者住所 熊本県上益城郡山都町浜町259-20
事業者名 有限会社ひまわり・コーポレーション
事業所名 地域共生型デイサービス そようの森
代表者氏名 代表取締役 安永 幸二郎

説明者

職名
氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所
氏名 _____

代理人 住所
氏名 _____

＜重要事項の説明書付属文書＞

1. 事業所の概要

(1) 建物の構造	鉄骨 地上2階
(2) 建物の延べ床面積	延べ床面積 (6, 388.84 m ²)
(3) 機能訓練室	397.26 m ²
(4) 相談室	4. 10 m ²
(5) 送迎車	2台

2. 職員の配置状況

＜配置職員の職種＞

生活相談員 …ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

1名の生活相談員を配置しています。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。

1名の機能訓練指導員を配置しています。

介護職員 …主にご契約者の健康管理や療養上の世話をいますが、日常生活上の介護・介助等も行います。

看護職員 …健康管理に十分気をつけ地域の医療機関と連携し、健康つくりのお手伝いを行う。

3. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条・第10条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、契約終了5年間保管とともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させます。
- ④ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

4. サービスの利用に関する留意事項

（1）施設・設備の使用上の注意（契約書第11条参照）

- 施設・設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

（2）喫煙…事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

5. 損害賠償について（契約書第12条・第13条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を堪案して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用する事ができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、事業所との契約は終了します。（契約書第15条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい）

（1）契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第16条・第17条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を維持しがたい重大な事項が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第18条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
(※上記③事項で、判断範囲を超える事態が発生した場合、管轄警察や必要機関に通報連絡を行う事や、被害・損害状況によっては、当事者又は家族の方に、賠償請求を行う場合がある。)
- ④ 以下の場合には、30日の予告期間をおいて、契約を解除する場合があります。
 1. 入院期間が1ヶ月を超え退院の見込みがない場合

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第15条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。