

通所介護サービス重要事項説明書

様

有限会社ソーシャルサービス周
デイサービスセンタースイム

令和4年8月1日版

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「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」の規程に基づき、通所介護サービス提供の契約締結に際して、事業所が予め説明しなければならない内容を記したものです、

1. 通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	有限会社ソーシャルサービス周
代表者名	代表取締役 石川秀夫
所在地	〒904-2215 うるま市みどり町一丁目12番8号 TEL：098-973-2267

2. 利用者へのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地

事業所名	デイサービスセンタースィム
利用定員	定員：30名
介護保険 指定事業所番号	指定年月日：平成17年9月1日 事業所番号：4770300285
事業所所在地	〒904-2205 うるま市栄野比753番地2号
連絡先	TEL：098-972-7101 FAX：098-972-7102
管理者	管理者 前川優希
事業所の通常の 事業実施地域	うるま市、沖縄市、金武町、恩納村、嘉手納町、読谷村

(2) 事業所の目的及び運営方針

事業の目的	有限会社ソーシャルサービス周が開設するデイサービスセンタースイム（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護の事業（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（以下「従業者」という。）が介護保険法に従い、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出来るよう支援することを目的とします。
運営方針	1. 通所介護サービス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出来るよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行う事によって、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身体的及び精神的負担の軽減を図る。 2. 事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、近隣その他の保険・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。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日 休日は日曜日とする（ただし、日曜日以外の祝日は営業）
営業時間	9時15分から16時15分まで サービス提供時間は、1単位：9時15分～16時15分

(4) 事業所の従業者体制

職種	職務内容	人員数
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、従業者に事業に関連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。	1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。	1名以上
生活相談員	利用者及び家族に対し生活指導並びに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。関係機関と連携し必要な調整を行う。	1名以上 (常勤換算)
介護職員	利用者の心身の状況などを的確に把握し、適切な介助を行う。	6名以上 (常勤換算)
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。	1名以上

* 上記表の生活相談員及び介護職員等については常勤換算とする。

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並びに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。
食事	給食を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供する。配膳下膳の解除、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助を行う。
入浴	家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する。衣類着脱の介護、身体の清拭、先発、洗身、その他入浴介助を行う。

(2) 提供するサービスの利用料自己負担額について（介護保険を適用する場合）

事業所規模：通常規模事業所 通所介護費

法改正令和3年4月版

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (3時間以上4時間 未満)	要介護1	368単位	368円	736円
	要介護2	421単位	421円	842円
	要介護3	477単位	477円	954円
	要介護4	530単位	530円	1,060円
	要介護5	585単位	585円	1,170円

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (4時間以上5時間 未満)	要介護1	386単位	386円	772円
	要介護2	442単位	442円	884円
	要介護3	500単位	500円	1,000円
	要介護4	557単位	557円	1,114円
	要介護5	614単位	614円	1,228円

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (5時間以上6時間 未満)	要介護1	567単位	567円	1,134円
	要介護2	670単位	670円	1,340円
	要介護3	773単位	773円	1,546円
	要介護4	876単位	876円	1,752円
	要介護5	979単位	979円	1,958円

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (6間以上7間未 満)	要介護1	581単位	581円	1,162円
	要介護2	686単位	686円	1,372円
	要介護3	792単位	792円	1,584円
	要介護4	897単位	897円	1,794円
	要介護5	1,003単位	1,003円	2,006円

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (7間以上8時間未 満)	要介護1	655単位	655円	1,310円
	要介護2	773単位	773円	1,546円
	要介護3	896単位	896円	1,792円
	要介護4	1,018単位	1,018円	2,036円
	要介護5	1,142単位	1,142円	2,284円

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (8時間以上9時間 未満)	要介護1	666単位	666円	1,332円
	要介護2	787単位	787円	1,574円
	要介護3	911単位	911円	1,822円
	要介護4	1,036単位	1,036円	2,072円
	要介護5	1,162単位	1,162円	2,324円
			自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
加算料	入浴介助加算I	40単位	40円	80円
	処遇改善加算I	全ての介護費の合計額より5.9%を乗じた額		
	食事代(1食)	・常食(600円) ・ムース食(620円) ・療養食やその他カロリー食等(750円を限度とした実費) ※上記いずれも1食分の料金です		

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

- * 地域区分単価について沖縄県はその他となり「1単位：10.00円」となります。
- * 介護保険負担割合証の記載に応じて、利用料の自己負担割合が決定します。
介護保険負担割合証の更新があった場合、負担割合が変更になる場合がございます。
その際は負担割合証に応じた自己負担分の請求を致します。
- ※上記表には1割負担及び2割負担までの記載しかありませんが介護保険負担割合証の負担割合に応じて3割以上もございますのでご了承ください。
- * 生活保護等の公費受給者証をお持ちの場合、自己負担額が軽減できる場合もございます
- * 昼食代金については1回ごとの食事形態ごとに600円～750円の請求となります。
- * 事業所の備品の購入やおむつ等を購入した場合実費にて請求致します。
- * 上記料金については、利用1回あたりのおおよその金額となっております利用回数等により算定致します。

4. 利用料その他の費用の請求及び支払方法について

通所介護サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、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、介護保険負担割合証の負担割合の額とします。

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10日前後までに利用者へ請求し、利用者指定の口座より集金代行業者の所定引落日に引き落とすものとします。

現金支払ご希望の場合には、事務窓口での支払いをお願いします。

- * 引落が確認できたら、領収書を発行いたしますので保管をお願いします。
- * 利用料、その他の費用の支払いについて支払期日から3か月以上経過し、さらに支払の督促からお支払いがない場合は契約を解約した上で未払分をお支払いいただきます。

5. サービス提供に関する相談・苦情について

サービス提供に関する相談・苦情に関しましては、事業所にご連絡いただくか、沖縄県国民健康保険団体連合会・市町村相談窓口にお問い合わせください。	相談担当者名：仲松奈都希 電話番号：098-972-7101 FAX 番号：098-972-7102 沖縄県国民健康保険団体連合会：098-860-9026
--	---

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	事業者及び従業者はサービス提供をする上で知り得た利用者及び家族等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など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、利用者の家族など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等の個人情報を用いません。事業者は利用者及びその家族など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「有限会社ソーシャルサービス周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」に則って取り扱う事とします。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、交付を行います。

7. 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「緊急時対応マニュアル等」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下さい。夜間や、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ください。

8. 家族などへの連絡について

利用者より希望があった場合には家族などへ連絡を行います。

9. 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、サービスの完結の日から5年間保管致します。また記録物の閲覧等については実費を支払っていただき写しの交付については本人及び家族に限り可能です。必要時にご相談ください。

10. 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1管轄裁判所とすることをあらかじめ同意します。(合意裁判管轄)

11. 虐待防止

虐待等におきましては「身体拘束排除マニュアル等」に沿って対応させていただきます。

12. 利用者代理人

利用者は代理人を選任してこの契約を締結することができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

利用者の代理人選任に際して必要がある場合は、事業者は成年後見制度や日常生活自立支援事業の内容を説明するものとします。

13. 重要事項内容の変更

① 利用料などの変更

ア. 事業者はこの契約に定める内容のうち利用料の変更(増額又は減額)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、利用料など変更予定日から期間を置いて利用者にもその内容を通知するものとします。

イ. 利用者は利用料等の返納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。

② 利用サービス内容の変更

ア. 利用者はいつでもサービス内容を変更する様申し出ることができます。事業者は利用者からの申出があった場合変更を拒む正当な理由がない限り、関係機関と連携して速やかにサービス内容を変更します。

イ. 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合意書を交わします。

14. 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又は、家族、ケアマネージャーによりサービス提供日の当日午前8時30分までにご連絡下さい。(なお食事につきましては前日の17時に注文をかけている関係上利用がなくても請求致しますのでご了承下さい。)ただし、急変ややむを得ない事情によるキャンセルはこの限りではありません。

- ② 事業所では、基本的に禁煙とさせていただいており、事業所内には喫煙室を設けておりません。禁煙にご理解ご協力をよろしくお願いいたします。
- ③ 事業所では随時、在宅ケア従事者の育成や地域の高校生の社会活動の一環として研修生の受け入れを行っておりますので、何卒ご協力の程お願いします。
- ④ 1か月以上休みがつづく（入院等は除く）場合ご連絡をさせていただき、契約を継続するかご確認させていただきますのでご了承ください。
- ⑤ 災害時の対応（地震・台風・警報・その他災害等）
地震・台風・警報やその他災害等によりサービスを継続できない気象状況や状態と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。その際にご連絡させていただきますのでご了承下さい。
- ⑥ 安全で円滑な送迎の為、お知らせした時間よりも前後する場合にはご了承下さいませ。

重要事項説明年月日

令和 年 月 日

事業所は重要事項説明書に基づき、重要事項を説明しました。

事業者：有限会社ソーシャルサービス周

代表取締役 石川 秀夫

事業所名：デイサービスセンタースイム

印

所在地：〒904 - 2205 うるま市字栄野比 753 - 2

TEL：098 - 972 - 7101

FAX：098 - 972 - 7102

説明者氏名： 仲松 奈都希

印

私は重要事項説明書に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者 住所

氏名 印

利用者家族 住所

氏名 印 (続柄)

法定代理人 住所

氏名 印

職名

有限会社ソーシャルサービス周 【デイサービスセンタースイム】

管理者殿

通所介護サービス契約書

様

有限会社ソーシャルサービス周
デイサービスセンタースィム

令和4年8月1日

通所介護サービス契約書

様（以下「利用者」という）と有限会社ソーシャルサービス周（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た。

事業者は、介護保険法等関係法令及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）

- 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ます。
- 2、期間満了日までに利用者から契約終了の申し出がないとき、契約は自動的に1年間延長されるものとし、以降も同様とします。

（契約内容の変更、契約の解約、契約の満了、契約の解除）

この契約内容の変更、契約の解約、契約の満了、契約の解除については次のとおりです。

< 1 > 契約内容の変更

① 利用料等の変更

- ア 事業者はこの契約に定める内容のうち利用料の変更（増額又は減額）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か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。
- イ 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。
- ウ 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。

② 利用サービス内容の変更

- ア 利用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できます。事業者は利用者からの申し出があった場合変更を拒む正当な理由がない限り、関係機関と連携し速やかにサービス内容を変更します。
- イ 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合意書を交わします。

< 2 > 契約の解約

- 1、利用者は事業者に対し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か月以上の予告期間をもって届けるものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

- 2 利用者は次の各号に事業者が該当する場合は直ちに契約を解除することができます。
- ア 事業者又はサービス担当者が正当な理由なく、介護保険法関係法令及び本契約に定められた事項を遵守せずにサービス提供を怠ったとき。
 - イ 事業者又はサービス担当者が守秘義務に違反したとき。
 - ウ 事業者が破産等、事業を継続する見通しが困難になったとき
 - エ 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行為を行ったとき。

< 3 > 契約の満了

次のいずれかに該当する場合はこの契約は満了します。

- ア 利用者が死亡したとき
 - イ 利用者から解約の意思表示がなされ予告期間が満了したとき
 - ウ 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
 - エ 利用者が介護保険施設に入所したとき
 - オ 利用者が医療機関に入院したとき
 - カ 利用者の要介護状態区分が、非該当（要支援又は自立）と認定された場合
- 1 か月以上サービスを中止されている場合は、ご連絡の上契約を継続するか確認させていただきます。継続が不可能な場合契約を満了とさせていただきますのでご了承下さい。

< 4 > 契約の解除

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等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か月以上の期間を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か月以上の事前申出の期間なしにこの契約を解除する事が出来ます。

- ア 利用者がこの契約に定める利用料等の支払を2か月以上遅滞し、文書による利用料等の支払勧告を行ったにもかかわらず、催告の日から14日以内にその支払いがなかった場合。
- イ 利用者又はその家族などが事業者やサービス担当者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合。

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提供を調整した居宅介護支援事業者又は利用者が住所を有する市町村等と協議し、必要な措置を講じます。

(居宅サービス計画書作成前のサービス提供について)

サービス計画書が作成される前であっても緊急に必要な場合はサービスを提供します。

(要介護認定前にサービス提供を行う場合について)

要介護認定前にサービスを提供する場合は要介護認定後に提供するサービス内容を見直し、要介護認定後に契約継続の意思確認を行いますまた、自立（非該当）と判定された場合には利用料は全額利用者自己負担となり、利用継続の意思確認を行います。

(相談窓口と苦情相談について)

重要事項説明書に記載したとおりを契約内容とします。

(秘密の保持と個人情報の保護について)

重要事項説明書に記載したとおりを契約内容とします。

(契約外条項)

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

(利用料について)

重要事項説明書に記載したとおりを契約内容とします。

(送迎について)

利用者が通所に際し、自己における送迎を行う場合もしくは家族の送迎により事業所へ来所する際には、万一事故に遭遇しても事業者が一切の責任を負いません。

以上の契約を証するため、本書2通作成し、利用者、事業者が記名押印のうえ、各自1通を保有するものとする。

事業所名：有限会社ソーシャルサービス周
代表取締役 石川 秀夫 ⑩
事業所所在地：〒904-2205 うるま市栄野比 753-2
事業所名称：デイサービスセンタースイム

利用者	住所		
	氏名		印
利用者家族	住所		
	氏名		印 (続柄)
法定代理人	住所		
	氏名		印
	職名		

契約締結日 令和 年 月 日