

通所介護事業所 デイサービスしろした

重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定通所介護事業又は四国中央市介護予防・日常生活支援総合事業（以下「四国中央総合事業」という）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、契約上ご注意頂きたい事を次通り説明します。

医療法人健康会

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 健康会 |
| (2) 法人所在地 | 愛媛県四国中央市上分町732番地1 |
| (3) 電話番号 | 0896-59-2215 |
| (4) 代表者名 | 理事長 石川 繁一 |
| (5) 設立年月日 | 平成23年 6月 1日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護事業所
四国中央市介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス |
| (2) 事業所の目的 | 指定通所介護事業所又は、四国中央市介護予防・日常生活支援総合事業（以下「四国中央市総合事業」という。）は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営む事が出来るよう支援することを目的として、利用者に通所介護サービスを提供します。 |
| (3) 事業所の名称 | 通所介護事業所 デイサービスしろした |
| (4) 介護保険事業所番号 | 3871301572 |
| (5) 事業所の所在地 | 愛媛県四国中央市上分町737番地1 |
| (6) 電話番号 | 0896-56-3209 |
| (7) 管理者…………氏名 | 鈴木 智洋 |
| (8) 当事業所の運営方針 | 在宅の要支援・要介護状態の高齢者に対し、通所介護サービスを提供する事によりご契約者の身体及び精神的な機能の維持と向上に努めるとともに、家族の介護負担の軽減を図ります。 |

(9) 開設年月日 令和 8 年 1 月 1 日

(10) 通常の事業の実施地域 四国中央市内

(11) 営業日及び営業時間・サービス提供時間

営業日	月～土	【 日曜日・年末年始（12/31～1/3）除く 】
営業時間	月～土	8：30～17：30
サービス提供時間	月～土	9：25～16：30

(12) 利用定員 30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サービス又は四国中央市総合事業通所型サービスを提供する職員として、以下の職種職員を配置しています。

【主な職員の配置状況】

職種	指定基準
1、管理者	1名
2、看護職員	1名以上
3、生活相談員	1名以上
4、介護職員	4名以上
5、機能訓練指導員	1名以上

〈主な配置職員の職務内容〉

管理者・・・ (介護予防) 通所介護業務及び従業者の管理を行います。

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。

介護職員・・・ ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

看護職員・・・ 主にご契約者健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護、介助、機能訓練等も行います。

機能訓練指導員・・・ ご契約者の機能訓練を担当します。（看護職員が兼務で行います）

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。

当事業所が提供するサービスについて

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

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の1割2割もしくは3割が利用者様の負担になります。

【サービスの概要】

① 入浴

入浴又は清拭の援助を行います。

② 排泄

ご利用者の排泄の援助を行います。

③ 機能訓練

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師等により、ご利用者の身体機能及び生活機能の向上を図り、ご利用者の心身の状況に応じた機能訓練を実施します。

④ 健康管理

看護職員が、健康管理を行います。

⑤ 介護

(介護予防) 居宅サービス計画又は通所介護計画書に基づいて実施します。

⑥ 送迎サービス

ご利用者の要望に応じて、送迎サービスを行います。

＜サービス利用料（1回あたり自己負担分）＞介護保険の給付対象サービス（単位：円）

I. 通所介護（通常規模型）

(1) 基本サービス利用料金

下記の料金表によって、ご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（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度及び所要時間に応じて異なります）

要介護度とサービス時間帯	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上 4時間未満	1割	370円	423円	479円	533円	588円
	2割	740円	846円	958円	1,066円	1,176円
	3割	1,110円	1,269円	1,437円	1,599円	1,764円
4時間以上 5時間未満	1割	388円	444円	502円	560円	617円
	2割	776円	888円	1,004円	1,120円	1,234円
	3割	1,164円	1,332円	1,506円	1,680円	1,851円
5時間以上 6時間未満	1割	570円	673円	777円	880円	984円
	2割	1,140円	1,346円	1,554円	1,760円	1,968円
	3割	1,710円	2,019円	2,331円	2,640円	2,952円
6時間以上 7時間未満	1割	584円	689円	796円	901円	1,008円
	2割	1,168円	1,378円	1,592円	1,802円	2,016円
	3割	1,752円	2,067円	2,388円	2,703円	3,024円
7時間以上 8時間未満	1割	658円	777円	900円	1,023円	1,148円
	2割	1,316円	1,554円	1,800円	2,046円	2,296円
	3割	1,974円	2,331円	2,700円	3,069円	3,444円

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定通所介護事業所において、事業を行った場合は、所定単位数を算定する。

これ以外に介護保険給付対象となる加算項目について

加算料金	1割	2割	3割
入浴介助加算Ⅰ	40円／日	80	120
入浴介助加算Ⅱ	55円／日	110	165
個別機能訓練加算Ⅰ1	56円／日	112	168
個別機能訓練加算Ⅰ2	76円／日	152	228
個別機能訓練加算Ⅱ	20円／月	40	60
ADL維持機能加算Ⅰ	30円／月	60	90
ADL維持機能加算Ⅱ	60円／月	120	180

中重度者ケア体制加算	45 円／日	90	135
認知症加算	60 円／日	120	180
科学的介護推進体制加算	40 円／月	80	120
口腔機能向上加算 I	150 円／月 2 回	300	450
サービス提供体制強化加算 I	22 円／日	44	66
サービス提供体制強化加算 II	18 円／日	36	54
送迎減算片道につき	−47 円／片道	−94	−141
介護職員等処遇改善加算 I	1 ヶ月の介護報酬総額に 1000 分の 92 を乗じて算出された金額の 1 割、2 割若しくは 3 割が利用者負担となります。		

※ 上記の利用料金は、法改正により改定することがあります。

※ 上記の料金は主な算定の一部の表示であり、全体の表示ではありません。

(入浴介助加算 I)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て当該基準により入浴介助を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1 日につき上記利用料金に400 円 (国基準) の 1 割 (40 円) 、2 割 (80 円) 、3 割 (120 円) を加算します。

(入浴介助加算 II)

自宅にて浴室環境の確認を行い評価し、多職種連携の元、個別入浴計画書の作成をした上で自宅での入浴継続を視野に入れた支援を実施した場合に日につき550 円 (国基準) の 1 割 (55 円) 、2 割 (110 円) 、3 割 (165 円) を加算します。

(個別機能訓練加算)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合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の利用者に対して、機能訓練を行っている場合に加算します。

(1) 個別機能訓練加算 I イ

1 日につき 560 円 (国基準) の 56 円 (1 割) 、112 円 (2 割) 、168 円 (3 割)

(2) 個別機能訓練加算 I ロ

1 日につき 760 円 (国基準) の 76 円 (1 割) 、152 円 (2 割) 、228 円 (3 割)

(3) 個別機能訓練加算 II

1 月につき 200 円 (国基準) の 20 円 (1 割) 、40 円 (2 割) 、60 円 (3 割)

(A D L 維持機能加算)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当道府県知事に届け出た指定通所介護事業所において、利用者に対して指定通所介護を行った場合は、評価対象期間の満了日の属する月の翌月から 12 月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い、加算します。

(1) ADL維持機能加算Ⅰ

1月につき300円（国基準）の30円（1割）、60円（2割）、90円（3割）

(2) ADL維持機能加算Ⅱ

1月につき600円（国基準）の60円（1割）、120円（2割）、180円（3割）

(中重度者ケア体制加算)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に対し届出を行った指定通所介護事業所が、中重度の要介護者を受入体制を構築し、指定通所介護を行った場合は、中重度ケア体制加算として、1日につき450円（国基準）の45円（1割）、90円（2割）、135円（3割）を加算します。

(認知症加算)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合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において、別に厚生労働大臣が定める利用者にたいして指定通所介護を行った場合は、認知症加算として、1月につき600円（国基準）の60円（1割）、120円（2割）、180円（3割）を加算します。

(科学的介護推進体制加算)

次に掲げるいずれの基準にも適合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を行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき400円（国基準）の40円（1割）、80円（2割）、120円（3割）を加算します。

(口腔機能向上加算)

口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として、口腔機能改善管理指導計画に従い医師、歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、個別に実施される口腔機能向上サービスを行った場合は、口腔機能向上加算として、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として、1回につき加算します。

(1) 口腔機能向上加算(Ⅰ)

1回につき1,500円（国基準）の1割（150円）、2割（300円）、3割（450円）

(送迎減算)

利用者に対して、その居宅と通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき470円（国基準）の1割（47円）、2割（94円）、3割（141円）を減算します。

(サービス提供体制強化加算)

以下の基準を満たした場合に、所定単位数に加算します。

(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が 100 分の 70 以上 又は

介護職員の総数のうち勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 100 分の 25 以上

1日につき 220 円(国の基準)の1割(22 円)、2割(44 円)、3割(66 円)

(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が 100 分の 50 以上

1日につき 180 円(国の基準)の1割(18 円)、2割(36 円)、3割(54 円)

(介護職員等処遇改善加算)

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、指定通所介護を行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を加算する。

(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)総単位数の 1,000 分の 92 に相当する単位数

(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)総単位数の 1,000 分の 90 に相当する単位数

II. 四国中央市介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）

(1) 基本サービス利用料金

下記の料金表によって、ご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（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度及び所要時間に応じて異なります）

※ 基本サービス「月額」（送迎・入浴も含む）

状態区分	基本料金		
	1割	2割	3割
要支援 1	1,798 円／月	3,596 円	5,394 円
要支援 2	3,621 円／月	7,242 円	10,863 円

※ 上記の利用料金は、法改正により改定することがあります。

これ以外に介護保険給付対象となる加算項目について

加算料金	1割	2割	3割
科学的介護推進体制加算	40 円／月	80	120
サービス提供体制強化加算 I (要支援 1 の場合)	88 円／月	176	264
サービス提供体制強化加算 II (要支援 1 の場合)	72 円／月	144	216
サービス提供体制強化加算 I (要支援 2 の場合)	176 円／月	352	528
サービス提供体制強化加算 II (要支援 2 の場合)	144 円／月	288	432
介護職員等処遇改善加算 I 1ヶ月の介護報酬総額に1000分の92を乗じて算出された金額の1割、2割若しくは3割が利用者負担となります。			

(科学的介護推進体制加算)

科学的介護情報システム（L I F E）への情報提供、L I F E を用いたP D C Aサイクルの推進及びサービスの質の向上を行います。運動機能向上プログラム計画書等にも反映されます。エビデンスに基づく科学的介護の基盤、自立支援、重度化防止の観点から効果的なサービスの展開につなげることを目標としています。その評価として月に1度上記の料金を算定します。

(サービス提供体制強化加算)

前年度の実績でサービス提供する上で介護福祉士の資格を持つ職員を介護職員全体の7割若しくは5割以上配置実績がある場合算定します。

(介護職員等処遇改善加算)

利用者に対し、四国中央市介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）を行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を加算する。

(3) 介護職員等処遇改善加算（I）総単位数の1,000 分の 92 に相当する単位数

(4) 介護職員等処遇改善加算（II）総単位数の1,000 分の 90 に相当する単位数

(2) 介護保険の給付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 レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

② 複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 1枚につき 10円

③ 食事代

1食600円を頂きます。急なキャンセルの際は食事代を徴収する場合があります。

④ 日常生活に要する費用（身の回り品費・教養娯楽費）

実費相当額を頂きます。

⑤ おむつ代

実費相当額を頂きます。

1枚当たり 尿とり40円、テープ止め（M）120円、テープ止め（L）120円、パンツ式（M）90円、パンツ式（L）100円

⑥ 請求書、領収書の再発行 1枚当たり 50円（税別）を徴収致します。

⑦ 取消料

利用予定日の前日までに中止の申し出がない場合、当日キャンセルは取消料として1日利用代金相当額をお支払いいただきます。ただし、利用者の体調不良や災害等、やむを得ない正当な理由がある場合は、この限りではありません。

（3）利用料金支払い方法

（1）の介護保険給付対象及び（2）の介護保険給付対象とならない料金については1ヶ月ごとに計算してご請求しますので、特別な事情のない限り、翌月25日までにお支払い下さい。

ア. 指定銀行口座への振込み

伊予銀行 川之江支店 普通預金口座NO. 1769846

口座名義 医療法人 健康会 デイサービスしろした

理事長 石川 繁一

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：愛媛銀行 伊予銀行 愛媛信用金庫 宇和島信用金庫

東予信用金庫 川之江信用金庫 四国労働金庫

愛媛県信連 愛媛県下農業協同組合

（4）身元引受人（契約書第23条参照）

ご利用者は、契約時にご利用者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引取り及び債務の保証人として身元引受人を定めて頂きます。

（5）連帯保証人（契約書第24条参照）

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について極度額50万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務についてご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び事業所は、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. 個人情報保護について

当事業所が保有する利用者等の個人情報に関し、適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得る為に、自主的なルールおよび体制を確立し、個人情報に関する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守します。

6. 緊急時の対応

通所介護従事者は、指定（介護予防）通所介護を実施中に、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに家族へ連絡・主治医に連絡する措置を講ずるとともに、管理者に報告します。

7. 損害賠償について

利用時の金銭・貴重品の持参は控えて頂きたいと思います。必要時に限り事業所からの連絡により持参をお願いする事とします。金銭・貴重品を事業所の指示なく持参され、利用中に万が一紛失された際は、事業所での弁償等の一切の責任は負いかねる事を了承して頂きます。

8. 苦情の受付について

（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付けています。

- 苦情受付窓口 (担当者) 全職員
- 受付時間 月曜日～土曜日（祝日可） 8：30～17：30
(年末年始12月30日の午後～1月3日) は除く
また、苦情受付ボックスを事業所内に設置しています。
- 連絡先 0896-56-3209
- 苦情解決責任者 管理者 鈴木 智洋

(2) 行政機関その他苦情受付機関

四国中央市介護保険課	所在地 : 四国中央市三島宮川4丁目6番55号 電話番号 : (0896) 28-6025 (代表) 受付時間 : 8:30~17:15 (月曜日から金曜日)
愛媛県国民健康保険団体 連合会	所在地 : 愛媛県松山市高岡町101-1 電話番号 : (089) 968-8800 (代表) 受付時間 : 8:30~17:15 (月曜日から金曜日)

苦情処理第3者委員

氏名	所属
高橋 功	四国中央市民生児童委員 (0896) 58-3001
山崎 八重子	四国中央市民生児童委員 (0896) 56-3304

9. 事故発生時の対応

- (1) 事業所は、介護事故防止のための指針（リスクマネジメントマニュアル）を定め、基本的考え方や職員教育に関する基本方針の設定、医療安全委員会の設置などを行い、安全確保を目的とした改善のために必要な方策を講じます。
- (2) 事業所は、サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市、家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (3) 事業所の職員は、介護事故発生時には、その状況、背景等を所定の報告書により報告するものとし、医療安全委員会はヒヤリ・ハット報告書及びインシデント・アクシデント報告書の集約の結果から防止策を検討するものとする。
- (4) 事業所は、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

10. 非常災害対策について

非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

11. 福祉サービス第三者評価事業について

社会福祉事業の経営者が福祉サービス第三者評価を受けることは、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置の一環です。平成30年度4月1日より、取組み強化が謳われ、利用者の適切なサービス選択に資するものとなり得ることから、福祉サービス第三者評価を積極的に受審することが望ましいとされている。

福祉サービス第三者評価の受審

有

無

1 2. 虐待防止に関する事項

- (1) 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。
- 1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に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に実施します。
 - 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いています。
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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 市町に通報するものとします。

1 3. 感染症対策の強化について

事業所は、感染症の発生及びまん延等に関する取り組みとして、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練の実施を行うものとします。

1 4. 業務継続計画に向けた取り組みの強化について

事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画（BCP）等の策定、研修の実施、訓練の実施を行うものとします。

1 5. ハラスメント対策の強化について

事業所は、適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえ、必要な措置を講じるものとします。

1 6. 身体的拘束等の適正化について

事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 利用者又は利用者等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、身体的拘束等を行ってはならない。
- (2) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

1 7. その他運営に関する重要事項

事業所は、全ての職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）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ます。

附 則

① この重要事項は、令和 8 年 1 月 1 日より施行する。

指定通所介護、四国中央市総合事業 利用同意書

指定通所介護サービス又は四国中央市総合事業 デイサービスしろしたの提供開始に際し、
担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

通所介護事業所 デイサービスしろした 管理者 鈴木 智洋 殿

<利用者>

住 所	
氏 名	印

<家族代表者>

住 所	
氏 名	印
続 柄	

【契約書第24条の連帯保証人】

住 所	
氏 名	印
続 柄	
電話番号	

【契約書第8条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

住 所	
氏 名	
続 柄	
電話番号	

【緊急時の連絡先】

第一連絡先

住 所	
氏 名	
続 柄	
電話番号	

第二連絡先

住 所	
氏 名	
続 柄	
電話番号	