

地域密着型通所介護/予防専門型通所サービス 重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 柔和
主たる事務所の所在地	〒462-0845 名古屋市北区柳原3丁目2番2号
代表者（職名・氏名）	下崎 和彦
設立年月日	令和3年5月13日
電話番号	052-887-2110

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	清水いきいきデイ 柔	
サービスの種類	地域密着型通所介護	予防専門型通所サービス
事業所番号	2390300495	23A0301227
指定年月日	令和5年6月1日指定	
事業所の所在地	〒462-0844 愛知県名古屋市北区清水三丁目21番16号 エスペランサ西杉1階	
電話番号	052-938-8555	
建物の構造	鉄筋コンクリート（RC）	
延床面積	138.99㎡	
利用定員	定員10人	
事業の実施地域	名古屋市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	通所介護/予防専門型通所サービスの提供に当たっては、事業所の従業者は、要介護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できるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及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ります。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

- ・ 食事の提供
食事の提供及び必要な介助を行います。
- ・ 入浴（個浴、一般浴）
入浴サービスの提供及び必要な介助を行います。
- ・ 日常生活動作の機能訓練
利用者が日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練、利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーション等を行います。
- ・ 健康状態の確認
体調や血圧等の確認を行います。
- ・ 送迎
居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。
- ・ 日常生活における相談及び助言
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。
- ・ その他日常生活上の援助
利用者に必要な日常生活上の世話及び援助を行います。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月28日から1月5日）及びお盆（8月11日から8月17日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時00分まで
サービス提供時間	9：00～14：10

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	1名
生活相談員	介護福祉士 1人、その他1名
介護職員	2名
職員機能訓練指導員	柔道整復師1名

7. サービス提供の責任者

サービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 加藤 千春
----------	-----------

8. 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 要介護1・2・3・4・5

【基本部分：通所介護費】（地域密着型）

所要時間	利用者の要介護度	通所介護費 単位数（1回あたり）
5時間以上 6時間未満	要介護1	657 単位
	要介護2	776 単位
	要介護3	896 単位
	要介護4	1013 単位
	要介護5	1134 単位

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算等の種類	加算・減算額 単位数（1回あたり）
入浴介助加算	40 単位
個別機能訓練加算Ⅰ（イ）	56 単位
個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）	76 単位
口腔機能向上加算（Ⅰ）（月2回まで）	150 単位
送迎減算 （片道につき）	▲47 単位

(2) 要支援1・2、事業対象者

【基本部分：通所型サービス】

—	単位数（1月あたり）
事業対象者・要支援1	1,798 単位
要支援2	3,621 単位

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算等の種類	単位数（1月あたり）
口腔機能向上加算 I	150 単位

(3) 介護保険給付外サービス

昼食代	1回	700 円
おやつ代	1回	150 円
おむつ代	1枚	200 円
介護用パット	1枚	50 円
お風呂用タオル (貸シタオル)	1枚	100 円
フェイスタオル (貸シタオル)	1枚	50 円
フェイスタオル (貸シタオル)	2枚	100 円
マスク	1枚	30 円
レンタル服 上	1枚	500 円
レンタル服 下	1枚	300 円
レクリエーション費	都度	実費
交通費	都度	通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に係る費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道 20 円/km をいただきます。
その他	都度	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

(4) キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の **前営業日 10時までに** 事業所に申し出てください。

利用日の前営業日 10時までに 連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、

やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日の前営業日 15 時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日 15 時までにご連絡がなかった場合	食費代相当 700 円
ご連絡なくご利用をキャンセルした場合	デイサービス利用料全額

(5) 支払い方法

上記 (1) から (4) までの利用料 (利用者負担分の金額) は、1 ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、7 日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の 17 日 (祝休日の場合は直前の平日) に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の 10 日 (祝休日の場合は直前の平日) までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の 10 日 (休業日の場合は直前の営業日) までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター (又は介護支援専門員) 及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・当事業所及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報について、利用者または第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らすことはありません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ・事業所は、利用者及び利用者の家族の個人情報の取扱いについては、個人情報保護法を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ・事業所は、利用者及びその家族から同意を得た上で、利用者の居宅サービス計画等の

立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等円滑なサービス提供のために必要な場合に限り、利用者又はその家族の個人情報を用いることがあります。

1 2. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 052-938-8555 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	名古屋市健康福祉局高齢福祉部 介護保険課	電話番号 052-959-3087
	愛知県国民健康保険団体連合会	電話番号 052-971-4165

1 3. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- ・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- ・複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- ・利用者の事情で時間に遅れた場合、送迎サービスが受けられない場合があります。

1 4. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

1 5. サービスの終了

次の場合にサービスは終了となります。

(1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の **7日前までに** 文書でお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が **7日以内**の通知でもこの契約を解約することができます。

(2) 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、**1ヶ月前までに** 文書で通知します。

(3) 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合
- ・利用者の要介護状態区分が自立となった場合
- ・利用者が死亡した場合

(4) その他

①次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業者が、守秘義務に反した場合
- ・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行為を行った場合
- ・事業者が、倒産した場合

- ②その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解約することができます。
- ③次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただきます場合があります。
- ・利用者の利用料等の支払いが**3か月以上**遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
 - ・利用者又はその家族が事業者や従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

説明日： 令和 年 月 日

説明場所：

当事業者（乙）は、利用者（甲）へのサービス提供開始にあたり、上記の通り重要事項を説明しました。

事 業 者 住 所 名古屋市北区柳原三丁目2番2号
事業者（法人名）株式会社 柔和
清水いきいきデイ柔
代表者職・氏名 代表取締役 下崎和彦 印

説明者職・氏名

私（甲）は、乙より上記の重要事項説明を受け、同意します。

また、重要事項説明書第11条に記載している個人情報の使用についても、同意します。

利 用 者 氏 名

署名代行者（又は法定代理人）

住 所
本人との続柄
氏 名