

地域密着型通所介護利用契約

重 要 事 項 説 明 書

作成日 令和 年 月 日

1. 事業主体概要

事業主体名	シュクルケア株式会社
代表者名	代表取締役 佐藤 隆
主たる事務所の所在地	東京都足立区辰沼 1-2-11-101

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定地域密着型通所介護事業所
保険事業者指定番号	1392101067
事業所名	シュクルケアデイサービス リハ&スパ
所在地	東京都足立区辰沼 1-2-11-101
電話番号	03-6802-5626
管理者氏名	佐藤 隆
事業所の運営方針	ご利用者、お一人お一人のニーズに合わせたサービスを提供する 時代のニーズ合わせたサービスを提供する
開設年月日	令和 1 年 12 月 1 日
利用定員	1 単位目:10 名
通常の事業の実施地域	足立区

3. 営業日及び営業時間

	地域密着型通所介護
営業日	月曜日～土曜日(年末年始 12/29～1/4 は休業)
サービス提供時間	1 単位目 9:15～16:15
営業時間	8:15～17:15

※ 悪天候(大雪・台風)、地震などにおいてサービス提供が困難な時は、サービス提供を中止する場合があります。

4. 職員体制(主たる職員)

職種	員数	職務内容
管理者	事業所毎に1人	介護従業者及び業務の管理を行う
生活相談員	事業所毎に1人以上	利用者及びその家族の介護等に関する相談や助言を行う
機能訓練指導員	単位毎に1人以上	利用者の心身状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能回復、又はその減退を防止する為の訓練を実施する
介護従業者	単位毎に1人以上	ご利用者の介護や入浴・排泄・食事等生活全般に係る援助を行う

※ 厚生労働省の定める指定基準を遵守し、指定地域密着型通所介護を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。尚、員数は兼務者も含め表記してあります。

5. サービスの内容および利用料等

地域密着型通所介護サービス	省令により定められた要介護度別金額が自己負担となります。(料金表参照)
上記以外の下記サービスは各個人の利用に応じて自己負担となります。	
介護保険外のサービス(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合も含む)	この場合、居宅サービス計画を作成する際に、居宅介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。
食事の提供に要する費用	650円
通常の事業の実施地域外への送迎費用	別途、見積もり致します。

6. キャンセル

利用者がサービスの利用の中止する場合は、速やかに下記の連絡先までご連絡ください。

利用日当日キャンセルの場合でもキャンセル料はありません。

連絡先	電話番号	03-6802-5626
	FAX番号	03-6802-5627
キャンセル料	利用日当日のご連絡、またはご連絡がない場合でも	キャンセル料なし

7. 利用に当たっての留意事項

- ① 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
- ② 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ③ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ④ 所持金は、自己の責任で管理してください。
- ⑤ 施設内での、他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ⑥ 食品の持込や利用者同士の食品の交換は食品衛生上問題がありますので、禁止させていただきます。
- ⑦ ご利用者同士の金銭や物品の貸し借り、やり取りまた買い物依頼は厳禁です。当センターにてトラブルが起きた場合責任を負いかねますのでご了承ください。
- ⑧ 施設内では飲酒しないでください。
- ⑨ サービスの提供時の健康チェックの結果によっては、入浴等中止することがあります。

・事業所内において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動や業務上必要かつ相当な範囲を超える行為により、訪問介護員等の労働環境が害されることを防ぐための方針を明確化し、発生時の対応方法の策定や研修の実施等を行います。

・介護職員に対し、身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)、精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為)、セクシャルハラスメント(意に添わない性的な誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為)と判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

8. 研修

事業者は、従業員の資質向上のために研修の機会を次の通りに設けます。また業務の執行体制についても検証・整備します。

- ① 採用時研修 採用後二か月以内
- ② 経験に応じた研修 随時

9. 秘密保持と個人情報の保護

・事業者は、利用者およびその家族等(以下、「利用者等」といいます。)の秘密保持と個人情報の保護について、次の事項を遵守します。

- ① 業務上で知りえた利用者等に関する秘密や個人情報を、具体的な方法を定めて保護します。
- ② 秘密保持については、指定通所介護等利用契約書の履行中だけでなく当該契約終了後も遵守します。

・事業者は、法令に基づく必要な措置をとるために、以下の場合に利用者等の個人情報を関係者等に開示することがあります。

- ① 利用者または第三者の生命・身体・健康・財産に危険がある場合。
- ② 利用者のあらかじめの書面による同意がある場合。
- ③ その他利用者等の個人情報を開示する正当な理由がある場合。

10. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	あり
実施した直近の年月日	令和6年12月17日
実施した評価機関	第一福祉マネジメント
評価結果の開示状況	開示

11. 身体拘束等の適正化

・事業者は、利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合に限り、身体拘束を行う場合があります。

・上記の身体拘束を行うのは、以下の3つの要件をすべて満たしている場合に限りです。

① 切迫性

利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。

② 非代替性

身体的拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。

③ 一時性

身体的拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

・事業者は、身体的拘束を行う場合には、その態様および時間、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こととします。しかし、その場合も速やかな解除に努めるとともに、理由を利用者本人に説明し、理由および一連の経過をご家族等に報告します。

・事業者は、上記の取り組みを適正に行うために、年1回身体的拘束等の適正化のための研修を行います。

12. 高齢者虐待防止について

ご利用者の人権の擁護・虐待の防止のために、以下の取り組みを実施します。

- ①虐待防止等のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を定期的開催するとともに委員会での検討結果を従業員に周知徹底します。
- ③ 虐待防止のための指針の整備を行います。
- ③従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を定期的実施し、その結果について、従業員に周知徹底します。

虐待の防止等責任者

氏名: 佐藤 隆 連絡先(電話): 03-6802-5626

13. 緊急時における対応方法

- ・事業者は、サービスの提供を行っているときに利用者の症状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医および利用者の家族に連絡し、救急指定病院へ搬送する等の処置を講じます。
- ・利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市区町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- ・事業者は上記の事故の状況および事故の際にとった措置について記録します。
- ・事業者は賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を行います。

14. 事故発生時の対応

利用者に対する通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、主治医または関係医療機関、区市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について事故報告書を作成し、その内容を社長に報告した後、社内に公表し再発防止に努めます。事故報告書は契約終了後5年間保管することとします。

15. 業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- ① 事業者は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施します。
- ② 事業者は、定期的に業務継続計画に見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

16. 衛生管理等

事業者は、事業所の介護員の清潔の保持および健康状態について必要な管理を行います。

- ① 事業者は、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。
- ② 事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

・感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を、おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、訪問介護員等に周知徹底を図ります。

・感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

・感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

17. 苦情相談窓口並びに苦情処理の体制及び手続き

苦情相談窓口は下記の通りとなります。事業所苦情相談窓口又は本社苦情相談窓口の担当者が苦情を受けた場合、当該苦情に関する情報収集を行い、必要に応じて関係者と協議を行います。その結果、対応策の実施が必要となった場合には、速やかに実施します。

当事業所 における受付	担当者	管理者 佐藤 隆
	電話番号	03-6802-5626
	FAX	03-6802-5627
	対応時間	8:15~17:15
足立区 介護保険課事業者指 導係担当	所在地	東京都足立区中央本町1-17-1
	電話番号	03-3880-5111(代表)
	対応時間	9:00~17:00(土日曜は除く)
足立区 基幹地域包括支援セ ンター	所在地	東京都足立区梅島2-1-20
	電話番号	03-6807-2460
	対応時間	9:00~17:00(土日曜は除く)
東京都国民健康保険 団体連合会	所在地	東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館
	電話番号	03-6238-0177
	対応時間	9:00~17:00(土日曜は除く)

地域密着型通所介護の利用料金

(1)介護保険給付対象料金

・基本料金(日額)7時間以上8時間未満

地域単価 足立区(1級地) 10.9 円

	単位数	自己負担額 (1割の場合)	自己負担額 (2割の場合)	自己負担額 (3割の場合)	備考
要介護1	750	818 円	1,635 円	2,453 円	
要介護2	887	967 円	1,934 円	2,901 円	
要介護3	1,028	1,121 円	2,241 円	3,362 円	
要介護4	1,168	1,274 円	2,547 円	3,820 円	
要介護5	1,308	2,852 円	2,852 円	4,278 円	

・各種加算料金(主なもの)

加算の名称	単位数	自己負担額 (1割の場合)	自己負担額 (2割の場合)	自己負担額 (3割の場合)	備考
入浴介助加算(Ⅰ)	40	44 円	88 円	131 円	
サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	18	20 円	40 円	59 円	
送迎減算	-94	-52 円	-103 円	-154 円	
介護職員処遇改善加 算(Ⅲ)	1カ月に利用したサービスの総単位数に対して加算する(8.0%)				

※上記料金は、厚生労働省の報酬告示(2024年6月施行)に基づき定められた料金です。改正になった場合には当該改正に従い変更させていただきます。

※料金の計算過程における端数処理により、実際の請求額が上記金額と若干異なる場合があります。

【自己負担額算出方法】

地域単価×単位数＝①円(利用料金(10割)。1円未満切捨て。)

① ×保険給付(9割、8割又は7割)＝②円(1円未満切捨て。)

② ①-②＝③円(③が各々の負担割合に応じた自己負担額)

入浴介助加算(Ⅰ)・・・次のいずれも満たす場合に算定する加算です。

・入浴介助を行った場合・入浴介助に関する研修を行った場合

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)・・・職員体制による加算(介護福祉士の比率が50%以上)

送迎減算・・・事業所の送迎を利用しない場合(片道)

介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)・・・介護福祉士の配置等要件、職場環境の改善、賃金体系等の整備、研修の実施、資格や勤務年数等に応じた昇給の仕組みの整備、職場環境のさらなる改善及び見える化等を通じて介護職員の基本的な待遇改善・ベースアップ等のための加算

(2)介護保険給付対象外の料金(全額自己負担)

食費	昼食:650 円	朝食(軽食):100 円	夕食弁当:550 円
その他費用	洗濯:300 円 おむつ代実費		

緊急連絡先及び主治医

緊急連絡先①

氏名 _____

間柄 _____

住所 _____

電話 _____

緊急連絡先②

氏名 _____

間柄 _____

住所 _____

電話 _____

主治医

病院名 _____

主治医氏名 _____

住所 _____

電話 _____

(事業者)

当事業者は本重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容および重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業所名 シュクルケアデイサービス リハ&スパ

住所 東京都足立区辰沼 1-2-11-101

説明者名 _____ 印

(利用者)

私は、本書面の説明を受け、本書面の内容に同意し、交付を受けました。

住所 _____

氏名 _____ 印

(署名代行者 利用者の署名を代筆した場合)

利用者は、心身の状況等により署名ができない為、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆致しました

住所※1 _____

氏名 _____ 印 (本人との関係_____)

※1 住所は、利用者本人と同じ場合は記入を省略できます。その場合は、住所欄に「本人と同じ」とご記入ください。

(家族又は代理人)

住所※1 _____

氏名 _____ 印 (本人との関係_____)

※1 住所は、利用者本人と同じ場合は記入を省略できます。その場合は、住所欄に「本人と同じ」とご記入ください。