

通 所 介 護 重 要 事 項 説 明 書

- デイサービス杜の泉利用約款
- デイサービス杜の泉ご利用案内
- 個人情報の利用目的

医療法人 緑 の 会
デイサービス杜の泉

通 所 介 護

デイサービス杜の泉利用約款

(約款の目的)

第1条 医療法人緑の会（以下「法人」という。）が開設するデイサービス杜の泉（以下「事業所」という。）が、要介護と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅において、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に、本約款第2条に定める期間、通所介護サービスを提供すること及び利用者及び利用者の主介護者（以下「家族」という。）が、事業所に対し、その提供された通所介護サービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

(適用期間)

第2条 本約款は、利用者が通所介護サービス利用同意書を事業所に提出したのち効力を有します。但し、家族（主介護者）に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項但し書きの他、本約款第3条及び第4条による解除及びご利用案内、介護保険法による通所介護の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し通所介護サービスを利用することができるものとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び家族は、事業所に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、本約款に基づく通所介護サービス利用をいつでも解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び家族は、速やかに事業所及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

2 前項について、利用者が正当な理由なく、通所介護サービス実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいたサービスにかかる費用を事業所にお支払いいただきます。

(事業所からの解除)

第4条 事業所は、次の事項に該当する場合に、利用者及び家族に対し、本約款に基づく通所介護サービスを解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者及び家族が、本約款に定める利用料金を1ヶ月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず10日以内に支払われない場合
- ④ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、事業所での適切な通所介護サービスの提供が困難と判断された場合
- ⑤ 利用者又は家族が、事業所及びその職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により通所介護サービスの提供が困難な場合

(利用料金)

第5条 利用者、家族及び連帯保証人は、連帯して、事業所に対し、本約款に基づく通所介護サービスの対価として、通所介護サービスの利用単位ごとの料金をもとに計算された合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

- 2 利用者及び家族は、前項に定める利用料をサービスの利用日毎又は月毎のいずれかの方法でお支払いいただきます。
- 3 事業所は、利用者又は家族から、第1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は家族の指定する者に対して、領収書を月まとめて発行します。

(記録)

第6条 事業所は、利用者の通所介護サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用契約終了後5年間保管します。

- 2 事業所は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、家族その他の代理人に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体の拘束等)

第7条 事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記載することとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第8条 事業所とその職員は、法人の定める個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は家族等に関する個人情報の利用目的を定め、利用者、家族との個人情報使用同意書をもって適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合

- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

第9条 事業所は、通所介護サービスを提供中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の処置を講ずるとともに、管理者に報告します。

(事故発生時の対応)

第10条 サービス提供等により事故が発生した場合、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 利用者及びその家族は、事業所の提供する通所介護サービスに対しての要望又は苦情等について、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出るほか、事業所生活相談員、市町村、地域包括支援センター、国民健康保険団体連合会に申し出ることができます。

(賠償責任)

第 12 条 通所介護サービスの提供に伴って事業所の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、事業所は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2 利用者の責に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、利用者、家族及び連帯保証人は、連帯して、当事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第 13 条 この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は家族と事業所が誠意をもって協議して定めることとします。

通 所 介 護

デイサービス杜の泉ご利用案内

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

事業所名称	デイサービス杜の泉		
所 在 地	沖縄県石垣市字真栄里 5 3 0 番地 1 2 階		
経 営 主 体	医療法人 緑の会 理事長 大 島 常 功		
事業所管理者	具 志 堅 幸 美		
電 話 番 号	0980－83－0113	FAX 番号	0980－83－0115

(2) 通所介護の目的

当事業所は利用者が要介護状態等となった場合においても、可能な限りその居宅において、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、機能訓練及び必要な日常生活上の世話をを行うことにより、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、精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(3) 通所介護の運営方針

1. 通所介護サービスの提供に当たっては、通所介護サービス計画に基づき、利用者の心身の機能維持・回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行います。
2. 事業所の職員は、通所介護サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し理解しやすいように説明を行います。
3. 通所介護サービスの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその他の置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供します。特に、認知の状態にある、要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整えます。
4. 事業所は、地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(4) 通所介護の職員体制

	常 勤		非 常 勤		業 務 内 容
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1 以上			事業所の業務の実施状況管理を行う
介護職員	4 以上	1 以上			利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う
生活相談員	1 以上	1 以上			申込に係る調整、通所介護計画の作成
看護職員		1 以上		1 以上	利用者の看護業務の提供
機能訓練指導員		1 以上		1 以上	機能低下を防ぐための必要な機能訓練等を行う

(5) 営業日及び営業時間

- 営業日 : 月曜日～土曜日 (祝日営業)
- 営業時間 : 午前8時30分から午後5時30分
- 定休日 : 日曜日、年始の1月1日・1月2日
- サービス提供時間 : 午前9時00分から午後5時10分

(6) 通所介護定員 30名

2. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は石垣市・竹富町とする。

3. サービス内容

- 一. 身体介護 : 日常生活動作の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。
- 二. 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します。
- 三. 食事 : 食事を希望する利用者に対して、食事サービスを提供します。
- 四. 機能訓練及びレクリエーション : 家庭で日常生活に必要な基礎的な訓練及び機能低下を防ぐため必要な機能訓練を行います。また、利用者の身体的、精神的な疲労回復と気分転換が図れるよう各種レクリエーションを提供する。
- 五. 送迎 : 障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者に対し、適切な車両及び介助者を同乗させる等の配慮をした上で安全な送迎を行います。
- 六. 相談助言 : 利用者及びその家族の日常生活における身上、介助等に関する相談及び助言を行います。

4. 利用者負担額

(1) 通常規模型 通所介護費 (I)

○基本料金 (1日につき)

所要時間	要介護1		要介護2		要介護3	
	介護報酬基準額	1割負担額	介護報酬基準額	1割負担額	介護報酬基準額	1割負担額
6時間以上 7時間未満	5,840円	584円	6,890円	689円	7,960円	796円
7時間以上 8時間未満	6,580円	658円	7,770円	777円	9,000円	900円
8時間以上 9時間未満	6,690円	669円	7,910円	791円	9,150円	915円
所用時間	要介護4		要介護5			
	介護報酬基準額	1割負担額	介護報酬基準額	1割負担額		
6時間以上 7時間未満	9,010円	901円	10,080円	1,008円		
7時間以上 8時間未満	10,230円	1,023円	11,480円	1,148円		
8時間以上 9時間未満	10,410円	1,041円	11,680円	1,168円		

○加算料金（１日につき）

項 目	金 額		内 容
	介 護 報 酬 基 準 額	1 割負担額	
入浴介護加算（Ⅰ）	400円	40円	入浴介助を行った場合
サービス提供体制加算（Ⅲ）	60円	6円	職員の配置による加算
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	利用料に 9.0%の上乗せ 基本サービスと加減算を加えた単位数に加算率を乗じた分	左記により算出された額の 1 割	職員の定着率の向上とサービスの質を維持するため

※介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）は月額での算定となっております。

（２）利用者負担の割合が 2 割負担・3 割負担の場合

市町村より介護負担割合が、2 割負担または 3 割負担と定められた方は、上記

（１）割負担額の 2 倍もしくは 3 倍の負担額になります。

（３）その他の費用（介護保険給付対象外）

項 目	金 額	内 容
食材料費	450円／食	食事の提供を希望される方
日常生活費	実 費	(1)利用者の希望によって提供される日常生活に必要な身の回り品 (2)利用者の希望によって提供される教養娯楽品

（４）支払方法

介護保険の自己負担額、その他の費用を利用日ごとにお支払いいただきます。利用日には領収簿と共に料金を納入していただきますようお願いいたします。

また、上記利用料等を 1 か月分まとめて利用月の翌月の指定した日に口座振替の方法によりお支払いいただく方法もあります。

なお、お支払いいただきました料金は月まとめて領収書を発行いたします。

5. 利用に当たっての留意事項

- * 介護サービス利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事をお召し上がりいただきますようお願いいたします。
- * 事業所内は禁煙となっております。
- * 刃物等の危険物は持ち込まないようお願いします。
- * 所持品等の紛失、破損については責任を負いかねますので多額の金銭や貴重品は持ち込まないようお願いします。

6. 緊急時の対応

事業所は、通所介護サービス提供中に利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じた場合には、速やかに主治医に連絡する等処置を講じます。又緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

7. 事故発生時の対応

事業所は、サービス提供等により事故が発生した場合、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅支援事業者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

8. 要望及び苦情等の相談

利用者及びご家族は事業所の提供する通所介護サービスに対して要望又は苦情等について下記の相談窓口に応じることができます。

- | | |
|-----------------|---------------------------------|
| ○デイサービス杜の泉 | TEL 0980-83-0113 |
| ○石垣市役所 介護長寿課 | 石垣市字真栄里672番地 TEL 0980-82-7158 |
| ○石垣市地域包括支援センター | 石垣市字真栄里672番地 TEL 0980-84-3333 |
| ○沖縄県国民健康保険団体連合会 | 那覇市西3丁目14番地18号 TEL 098-863-5724 |

要望や苦情などは、担当生活相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、事業所に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

9. 非常災害対策

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| ☐ 防災設備 | スプリンクラー、消火器、消火栓、誘導灯、非常警報装置 |
| ☐ 防災訓練 | 年2回 |

通所介護サービス利用同意書

医療法人緑の会 デイサービス杜の泉を利用するにあたり、通所介護重要事項説明書（デイサービス杜の泉利用約款・デイサービス杜の泉利用案内）を受領し、これらの内容に関して、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

<利用者> 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電 話 _____

<家 族> 住 所 _____

<主介護者> 氏 名 _____ 印 _____

電 話 _____

<説明者> 氏 名 _____ 印 _____

<事業所> 所 在 地 石垣市字真栄里530番地1 2F
 名 称 医療法人 緑 の 会
 デイサービス 杜の泉
 理 事 長 大 島 常 功
 電 話 0 9 8 0 - 8 3 - 0 1 1 3

緊急時及び事故発生時の連絡先	住 所			
	氏 名		続 柄	
	電話番号		携帯番号	
	住 所			
	氏 名		続 柄	
	電話番号		携帯番号	
	住 所			
	氏 名		続 柄	
	電話番号		携帯番号	

個人情報の利用目的

医療法人緑の会では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔事業所内部での利用目的〕

- 事業所が利用者等に提供する介護サービス
- 介護保険事務
- 介護サービスの利用者に係る当事業所の管理運営業務のうち
 - ・利用者の管理
 - ・会計・経理
 - ・事故等の報告
 - ・当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- 事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・利用者の診療等に当たり、主治医等の意見・助言を求める場合
 - ・家族等への心身の状況説明
- 介護保険事務のうち
 - ・保険事務の委託
 - ・審査支払機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔事業所の内部での利用に係る利用目的〕

- 事業所の管理運営業務のうち
 - ・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ・事業所において行われる学生の実習への協力
 - ・事業所において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- 事業所の管理運営業務のうち
 - ・外部監査機関への情報提供

個人情報使用同意書

私、（利用者および家族）の個人情報については、居宅サービス計画に沿って通所介護サービスの提供を円滑にするために実施されるサービス担当者会議、居宅介護支援事業所、介護保険事業所等への連絡調整のための情報提供において必要な場合、必要最小限の範囲において使用することに同意します。

医療法人 緑 の 会
デイサービス杜の泉
理事長 大 島 常 功 殿

令和 年 月 日

<利用者> 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

<家 族> 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

利用者負担(利用料)にかかる誓約書

医療法人緑の会 デイサービス杜の泉を利用するにあたり、通所介護重要事項説明書に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、デイサービス杜の泉の通所介護サービスを利用した場合に、これらの対価として事業所の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

記

1. デイサービス杜の泉の諸規程を守り、事業所の指示に従います。
2. 連帯保証人は利用料金の債務について保証し、支払い者と連帯して履行の責を負うものとします。
3. 利用料等の費用の支払いについては、デイサービス杜の泉に対し一切迷惑をかけません。

医療法人緑の会
デイサービス杜の泉
理事長 大 島 常 功 殿

令和 年 月 日

< 利用者 > 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

< 支払い者 > 住 所 _____

（請求書
領収書
送付先）

氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

< 連帯保証人 > 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

利用者との関係（ _____ ）

< 説明者 > 氏 名 _____ 印 _____