

# デイサービスうと本町 (指定地域密着型通所介護) 利用約款

## 第 1 条：＜契約の目的＞

デイサービスうと本町(以下：当施設)では、要介護認定を受けられた後、要支援等又は要介護と認定された利用者を対象とし、介護保険法令に従って利用者が可能な限り在宅生活が維持できるよう、定地域指密着型通所介護及（以下「指定通所介護等」という。）サービスを提供いたします。

利用者、利用者を扶養する者、若しくは代理する者(以下：代理人と記載)は、当施設に対し、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。

## 第 2 条：＜適用期間＞

- ①本約款は、指定通所介護等利用同意書を当施設に提出したときから効力を有し、その後は、初回の同意書をもって繰り返し利用することができるものとします。
- ②代理人に変更があった場合、又、本約款、及び重要事項説明書の改定が行われた場合、新たに同意を得ることとします。

## 第 3 条：＜利用者からの解除＞

- ①利用者及び代理人は、利用中止の意思表示をすることにより、本約款に基づく指定通所介護等利用を解除、終了することができます。なお、この場合、利用者及び代理人は、速やかに当施設及び利用者の居宅介護サービス計画作成者に連絡するものとします。
- ②但し、利用者が正当な理由なく、指定通所介護等実施期間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本利用及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

## 第 4 条：＜当施設からの解除＞

- ①当施設は、利用者及び代理人に対し、次に挙げる場合には利用を解除・終了することができます。
- ②利用者の心身状態が著しく悪化し、当施設での適切なサービス提供が困難となった場合。
- ③利用者が要介護認定で『自立』と認定された場合。
- ④利用者の居宅サービスケアマネジメントで定められた利用時間数を超える場合。
- ⑤利用者及び代理人が、利用料を 2 ヶ月以上滞納し、督促したにもかかわらず 14 日以内に支払われない場合。
- ⑥利用者又は代理人が、当施設又は他の利用者等に対し、利用継続が困難となる程度の背信行為・反社会的行為を行った場合。
- ⑦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利用していただくことができなくなった場合。

## 第 5 条：＜利用料金＞

- ①利用者及び代理人は、連帯して、当施設に対し、本契約に基づく指定通所介護等の対価として『別紙①』の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に計算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当施設は、利用者又は代理人に対し、前月料金の合計額の請求書及び、明細書を毎月初旬に発行するものとします。利用者及び代理人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の月末までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いのうえ、双方合意した方法によります。

## 第 6 条：＜記録＞

- ①当施設は、利用者のサービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後 5 年間は保管します。
- ②当施設は、利用者が記録の閲覧・謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、代理人やその他の者に対しては、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。

## 第 7 条：＜身体拘束等＞

当施設は原則、身体拘束をいたしません。但し、自傷や他傷の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、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、その時の様態及び時間、利用者の心身の状態等、やむを得なかった理由を記録用紙に明記することとします。

## 第 8 条：＜秘密保持＞

当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は代理人等に関する秘密を、第三者に漏らしません。但し、以下についての情報提供については、当施設は、利用者及び代理人から同意を得たうえで行うこととします。

- ①介護・医療等のサービスを受けられる際、他の専門職に必要な情報の提供。
- ②サービスの質を向上するための事例研究。尚、この場合、個人を特定できないよう仮名等を使用することを厳守。以上の事項は、利用終了後も同様の扱いとする。

## 第 9 条：＜緊急時の対応＞

当施設はサービス提供時、利用者に病状・心身機能に急変が生じた場合、利用者が指定する医療機関・主治医等へ連絡いたします。指定がない場合は、協力医療機関（金森医院）へ連絡いたします。また、ご家族・担当ケアマネへ連絡いたします。

## 第 10 条：＜事故発生時の対応＞

サービス提供により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。又、専門的・医学的対応が必要と判断した場合、利用者が指定した医療機関・協力医療機関・専門的機関での診療を依頼します。

※第 9 条・第 10 条の場合、当施設は、利用者及び代理人が指定する者に対し緊急に連絡します。

## 第 11 条：＜要望又は苦情の受付・処理＞

- ・利用者及び家族等からの苦情をお受けした時は、まず担当者が苦情の内容をお聞きし、事情（事実）を確認します。
- ・当事業所の管理者は、苦情内容に応じて必要により検討会議を開催し、改善すべき事項の処理策を作成し、苦情を申し立てた方に説明し同意を得ます。
- ・当事業所の管理者は、利用者等からあった苦情事項について、その後のサービス提供の中で真に改善されていないと判断される場合は、利用者等の意向に沿ったサービスの提供がなされるように十分な配慮を行います。
- ・苦情内容及び処理経過については記録保存し、又苦情を申し立てた方の同意がある場合には掲示を行い、再発防止及びその後のサービス提供に役立てるようにします。
- ・苦情処理については、他の業務に優先して行うものとします。
- ・当事業所が行うサービスの提供により、利用者に賠償すべき事項が発生したときは、速やかに賠償します。
- ・当事業所が行う地域密着型通所介護事業に対する苦情については、当事業所で責任を持って対応しますが、利用者及びその家族の方は、他の機関（市町村、国民健康保険団体連合会）への申立てもできますので、希望される場合は必要な協力を行います。
- ・当事業所に対する利用者等からの苦情について、市町村又は国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、改善等の指示を受けた場合は速やかに改善します。

### 【宇土市役所高齢者支援課】

T E L 0964-22-1111 月～金 8：30～17：15

### 【国民健康保険団体連合会介護苦情相談窓口】

T E L 096-214-1101 月～金 9：00～17：00

## 第 12 条：＜賠償責任＞

- ①指定通所介護等の提供に伴って当施設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、当施設は利用者に対してその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、当施設が損害を被った場合、利用者及び代理人は、連帯して当施設に対してその損害を賠償するものとします。

## 第 13 条：＜運営推進会議＞

- ①指定地域密着型通所介護サービスの提供にあたっては、地域密着し開かれたものにするために、運営推進会議を設置し、サービス提供状況等を報告し評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聞く機会を設けるものとします。
- ②運営推進委員会の開催は、おおむね6ヶ月に1回以上とします。
- ③運営推進委員会のメンバーは、利用者、家族、地域住民の代表、市町村職員又は、地域包括センターの職員、有識者等とします。
- ④運営推進委員会の報告、評価、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。

#### 第 14 条：＜利用契約に定めていない事項＞

当約款に定められていない事項は、介護保険法令、その他の諸法令に定めるところにより、利用者又は、代理人と当施設が誠意を持って協議して定めることとします。

# デイサービス うと本町

## (指定地域密着型通所介護事業)

### 重要事項説明書

#### 1. 施設の概要

##### (1) 施設の名称等

- ・法人名 医療法人社団 金森会
- ・施設名 指定通所介護 デイサービスうと本町
- ・所在地 〒869-0433 熊本県宇土市新小路町2番地
- ・電話番号 (0964)24-5888 FAX (0964)24-5887
- ・管理者名 岩崎 克郎
- ・介護保険事業所番号 (第 4371100696 号)

##### (2) 指定地域密着型通所介護事業所の目的及び運営方針

デイサービスうと本町では、要介護、要支援状態となった場合でも、可能な限りその居宅において、その能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう日常生活上の世話及び機能訓練等を行うことにより、心身機能の維持回復と介護負担の軽減を図り、在宅生活の継続に向けて援助いたします。

##### (3) 施設の法令の定める施設の職員体制

職種	人員	業務内容
管理者	1名	従業者の管理、業務の実施状況の把握等
生活相談員	1名	相談援助、連絡調整、苦情受付等
介護職員	1名	介護業務
看護職員	1名	看護介護業務
機能訓練指導員	1名	機能訓練・在宅に向けての指導等
事務員等	1名	事務業務

##### (4) 営業日及び営業時間

営業日 : 月曜～土曜日 (お盆、正月を除く※事前にご連絡します。)

営業時間 : 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで (時間外延長あり)

##### (5) 指定地域密着型通所介護の定員 18名

##### (6) 指定地域密着型通所介護の概要

指定地域密着型通所介護事業 (以下「指定通所介護等」という。) は、要介護者及び要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービスに基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、必要な日常生活の世話や機能訓練等を行い、利用者の心身機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる通所介護の提供にあたる従業者の協議によって、指定通所介護等計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者 (ご家族) のご希望を十分に取り入れ、また計画の内容については同意をいただくようになります。

(7) サービスの内容

- ① 指定通所介護等計画の立案
- ② 食事（ご希望に応じて身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供いたします）
- ③ 入浴（家庭用浴槽にてお一人ずつ介助いたします）
- ④ 看護介護サービス
- ⑤ 機能訓練（生活リハビリテーション、レクリエーション等）
- ⑥ 相談
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 地域ボランティアとの交流

※感染や非常災害などの影響で、予定されているサービス内容が実施出来ない場合があります。その場合、ご連絡をさせていただきます。

(8) 通常の事業の実施地域、原則宇土市

(9) サービス利用にあたっての留意事項

1. 休まれる場合の連絡について

- ・ 都合が悪くなって休まれる場合には、8時45分までにご連絡下さい  
※ご利用当日の8:45を過ぎてのお休みの連絡の場合、食事代のキャンセル料が発生します。
- ・ 連絡される際は地区、氏名、休まれる理由等を添えてお伝え下さい

2. その他の留意事項

- ・ 生活リハビリテーション（買い物）を希望される方などで、金銭をお持ちの場合に紛失した場合は、事業所は責任を負いかねますのでご了承ください。
- ・ 当施設では、利用者の自立支援のため、できる限り離床して、身体能力を最大限活用した援助を行います。また、原則として利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。十分注意致しますが、自ら転倒された場合等の怪我にはご理解下さい。
- ・ インフルエンザや新型コロナウイルスや感染性胃腸炎など、感染された場合は、感染拡大予防のため、お休みをしていただくようお願いしております。送迎時にKT37.0以上の熱が確認された場合や体調に異変が感じられた場合も同様です。お休みの期間につきましては、改めてご連絡をさせていただきます。

(10) 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力いただき、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 協力医療機関                      かなもり地域ケアクリニック      宇土市築籠町 139 番 4

◇緊急時の連絡先

なお、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。  
また、診察付き添いは出来かねますので、ご家族の付き添いをお願い致します。

(11) 非常災害対策

非常災害に備えて消防計画及び風水害、地震等の火災に対処する計画を策定し、定期的に防火及び消防設備の保守点検及び避難、救出、消火通報訓練を行っております。

- ・ 防災訓練                      年 2 回

(12) 禁止事項

- ・利用者間での「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」
- ・喧嘩、口論、その他他人の迷惑となる行為
- ・飲酒、指定以外の場所での喫煙

(13) 要望及び苦情等の相談

相談・苦情に関する常設窓口として相談担当者を配置しています。  
来設時や電話などお気軽にご相談、お申し出下さい。又、ホームページやご意見箱も  
設置しておりますのでご利用ください。

担当者 [管理者] 岩崎 克郎

[生活相談員] 武田 由美  
松永 保志

ホームページアドレス <http://www.kanamori.or.jp>

電話番号 (0964)24-5888

FAX (0964)24-5887

(14) 要望及び苦情の処理方法について

- ・利用者及び家族などからの苦情をお受けした時は、まず担当者が苦情の内容をお聞きし、事情（事実）を確認します。
- ・当事業所の管理者は、苦情内容に応じて必要により検討会議を開催し、改善すべき事項の処理策を作成し、苦情を申し立てた方に説明し同意を得ます。
- ・当事業所の管理者は、利用者等からあった苦情事項について、その後のサービス提供の中で真に改善されていないと判断される場合は、利用者等の意向に沿ったサービスの提供がなされるように十分な配慮を行います。
- ・苦情内容、処理経過については記録保存し、苦情を申し立てた方の同意がある場合は掲示を行い、再発防止及び後のサービス提供に役立てるようにします。
- ・苦情処理については、他の業務に優先して行うものとします。
- ・当事業所が行うサービスの提供により、利用者に賠償すべき事項が発生したときは、速やかに賠償します。

<別紙1>

## 指定地域密着型通所介護の利用料金について

(令和6年4月1日現在)

### (1) 指定地域密着型通所介護の基本料金（保険給付の自己負担額）

※記載されている料金は、1割の自己負担額の方の場合を表記。一定以上の所得がある方については、介護保険利用者負担の割合が2割・3割負担となります。

(負担割合については、介護保険負担割合証をご確認ください。)

#### ①基本料金

[3時間以上4時間未満]

・要介護1	416円	・要介護4	600円
・要介護2	478円	・要介護5	663円
・要介護3	540円		

[4時間以上5時間未満]

・要介護1	436円	・要介護4	629円
・要介護2	501円	・要介護5	695円
・要介護3	566円		

[5時間以上6時間未満]

・要介護1	657円	・要介護4	1,013円
・要介護2	776円	・要介護5	1,134円
・要介護3	896円		

[6時間以上7時間未満]

・要介護1	678円	・要介護4	1,049円
・要介護2	801円	・要介護5	1,172円
・要介護3	925円		

[7時間以上8時間未満]

・要介護1	753円	・要介護4	1,172円
・要介護2	890円	・要介護5	1,312円
・要介護3	1,032円		

[8時間以上9時間未満]

・要介護1	783円	・要介護4	1,220円
・要介護2	925円	・要介護5	1,365円
・要介護3	1,072円		

[延長加算]

9時間以上10時間未満50円/日

10時間以上11時間未満100円/日

## ②サービス提供体制強化加算

(厚生労働大臣が定める基準に基づき、適合するいずれかひとつを算定)

### イ.サービス提供体制強化加算(Ⅰ)22円/回

(基準)介護職員のうち介護福祉士が70%以上もしくは勤続10年以上介護福祉士25%以上

### ロ.サービス提供体制強化加算(Ⅱ)18円/回

(基準)介護職員のうち介護福祉士が50%以上

### ハ.サービス提供体制強化加算(Ⅲ)6円/回

(基準)介護福祉士40%以上もしくは勤続7年以上が30%以上)

## ③個別機能訓練加算

### (Ⅰ)イ 56円/回

(基準)機能訓練指導員を専従で1名以上配置(配置時間の定めなし)し、個別機能訓練計画書を作成の上機能訓練を実施した場合。

### (Ⅰ)ロ 76円/回

(基準)機能訓練指導員を専従で1名以上配置(サービス提供時間帯通じて)し、個別機能訓練計画書を作成の上、機能訓練を実施した場合

### (Ⅱ)20円/月(加算Ⅰに上乗せして算定)

(基準)加算Ⅰに加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出しフィードバックを受けていること

## ④入浴介助加算

### (Ⅰ)40円/回

(基準)入浴介助を適切に行うことが出来る人数及び設備を有している

### (Ⅱ)55円/回

(基準)Ⅰの要件に加えて、医師等が利用者宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価または環境整備に係る助言を行う事。その上で、個別の入浴計画を作成し、その計画に基づき自宅に近い環境で入浴介助を行う事

## ⑤口腔・栄養スクリーニング加算

### (Ⅰ)20円/6ヶ月に1回を限度

(基準)利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者担当の介護支援専門員に提供していること

### (Ⅱ)5円/6ヶ月に1回を限度

(基準)利用者が栄養アセスメント加算、栄養改善加算または口腔機能向上加算を算定しており加算(Ⅰ)を算定できない場合にのみ算定可能

## ⑥生活機能向上連携加算

( I ) 100 円 / 月 ( 3 月に 1 回を限度 )

( 基準 ) 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等や医師からの助言を受けることが出来る体制を構築し、助言を受けた上で個別機能訓練計画書を作成等すること。また、理学療法士等や医師は、サービス提供の場又は ICT を活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で助言を行うこと。

( II ) 200 円 / 月 ※ I と II の併算定は不可

( 基準 ) 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合、またはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定

⑦認知症加算 60 円 / 月

( 基準 ) 必要な人員基準を満たし、日常生活自立度、認知症ランクがⅢ以上の場合

⑧若年性認知症利用者受入加算 60 円 / 回

( 基準 ) 若年性認知症と診断された利用者に個別に担当者を定め個別対応を行った場合

⑨送迎に関する減算について - 47 円 / 片道

( 基準 ) 利用者が自ら通う、家族送迎など事業所は送迎を実施しない場合

⑩栄養アセスメント加算 50 円 / 月

( 基準 ) 利用者ごとに栄養アセスメントを実施し、その結果を説明。必要に応じて相談に応じた場合

⑪介護職員等ベースアップ等支援加算(令和 6 年 5 月 31 日まで)

事業所の介護報酬 ( ①～⑧で算定するもの ) × 1.1%

⑫介護職員処遇改善加算(令和 6 年 5 月 31 日まで)

( I ) 一カ月の利用料金に 5.9% の加算

( II ) 一カ月の利用料金に 4.3% の加算

( III ) 一カ月の利用料金に 2.3% の加算

⑬介護職員特定処遇改善加算(令和 6 年 5 月 31 日まで)

( 厚生労働大臣が定める基準に基づき、適合するいずれか一つを算定 )

( I ) 事業所の介護報酬 ( ①～⑧で算定するもの ) × 1.2%

( II ) 事業所の介護報酬 ( ①～⑧で算定するもの ) × 1.0%

⑭ 介護職員等処遇改善加算（令和 6 年 6 月から）

基本サービス費に各種加算減算を加えた 1 月当たりの総利用額に、対象となる加算率を乗じた利用額とする。

（Ⅰ）9.2%（Ⅱ）9.0%（Ⅲ）8.0%（Ⅳ）6.4%（Ⅴ（1）～（14））8.1%～3.3%

⑮ 科学的介護推進体制加算 1 月 40 円

利用者ごとの A D L 値や心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて通所介護計画を見直しや厚生労働省からの情報を活用する。

※②～⑮の加算につきましては、事業所の体制状況により、算定内容が変わるものがあります。

### （3）その他の料金

① 昼食代 640 円/日

② おやつ代 60 円/日

③ おむつ代（1 枚あたりの単価）

イ. 紙パンツ ML : 136 円                  LL : 152 円                  尿取りパット : 21 円  
ロ. フラット : 31 円                  オムツ : 105 円

④ その他材料代                                  実 費

※ 行事等で個人用の材料費が必要となる場合（希望される方のみ）

### （4）支払い方法

原則として金融機関口座からの自動引き落としでお願いいたします。

- ・ 振替日                  毎月 26 日
- ・ 金融機関              銀行、信用金庫、農協、郵便局、労金等
- ・ 口座名義              本人、または家族
- ・ 手数料                  無料（当方負担）
- ・ 手続等                  金融機関届出印が必要です。振替依頼書は準備してあります。

## 個人情報の利用目的

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

デイサービスうと本町では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念のもと、おあずかりして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〕

- ・当施設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施設の管理運営業務のうち
  - －開始中止等の管理
  - －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】

- ・当施設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、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - －検体検査業務の委託その他の業務委託
  - －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〕

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

- ・当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

デイサービスうと本町  
(指定地域密着型通所介護事業)

個人情報の利用目的に関する同意書

“デイサービスうと本町”を利用するにあたり、別紙2を受領し、その目的に沿って事業者が個人情報を使用することに関して、担当者による説明を受け、以下の通り同意します。

利用者本人の個人情報を用いることに関して      同意する      ・      同意しない

利用者家族の個人情報を用いることに関して      同意する      ・      同意しない

個人情報を使用するにあたっての注記事項      ( 有り      ・      無し )

令和    年    月    日

〈利用者〉

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

〈扶養者・代理人〉

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

デイサービスうと本町  
(指定地域密着型通所介護及事業)

利用同意書

デイサービスうと本町を利用するにあたり、利用約款及び重要事項説明書、『別紙1』を受領し、これらの内容及び利用者負担に関して、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〉

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

〈扶養者・代理人〉

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

医療法人社団 金森会

施 設 長 金森 正周 殿

(本約款第5条の請求書・明細書及び領収書をお渡しする方)

(\*扶養者・代理人と異なる場合のみご記入下さい)

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

【本約款第9条の緊急時及び、第10条の事故発生時の連絡先】

氏 名 \_\_\_\_\_

指定医療機関 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

主治医名 \_\_\_\_\_

連絡先(緊急時) \_\_\_\_\_

指定医療機関連絡先 \_\_\_\_\_