

## 通所介護 重要事項説明書

通所介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	エス・エム合同会社
主たる事務所の所在地	〒901-0223 豊見城市翁長 320 - 3 102 号
代表者（職名・氏名）	代表社員 城間 雅之
設 立 年 月 日	令和元年 1 1 月 1 2 日
電 話 番 号	098-987-9885

### 2. 事業所の概要

事業所の名称	デイサービスLATATA	
事業所の所在地	〒901-1103 南風原町与那覇 512-1	
電 話 番 号	0 9 8 - 9 9 6 - 9 9 4 0	
F A X 番 号	0 9 8 - 9 0 1 - 7 1 4 7	
指定年月日・事業所番号	令和 6 年 1 2 月 1 日 指定	4 7 7 3 6 0 0 5 9 0
実施単位・利用定員	1 単位	定員 2 0 人
通常の事業の実施地域	南風原町、与那原町とする。ただし、八重瀬町、南城市、西原町、豊見城市、糸満市、那覇市に関しては要相談にて対応する。	

### 3. 事業の目的及び運営の方針

#### （1）事業の目的

エス・エム合同会社が設置するデイサービス LATATA（以下「事業所」という。）において実施する指定通所介護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定通所介護の円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態〔要支援状態〕の利用者の意思及び人格を尊重し利用者の立場に立った、適切な指定通所介護を提供することを目的とする。

#### （2）運営方針

通所介護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。

- ・ 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、

地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的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（シャワー浴）  
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	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日まで）を除きます。
営業時間	午前8時半から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時20分から午後4時30分まで

#### 6. 事業所の従業員の体制、職務内容

職 種	人数	職務内容
管理者 「生活相談員と兼務」（常勤職員）	1名	従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに法令等において規定されている指定通所介護の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。
生活相談員 「管理者と兼務」	1名以上	事業所に対する指定通所介護の利用の申し込みに係る調整、利用者の生活の向上を図るため適切な相談・援助等を行い、また他の従事者と協力して通所介護計画の作成を行う。
看護職員 「機能訓練指導員と兼務」	1名以上	健康状態の確認及び介護を行う。
介護職員 「生活相談員と兼務」	1名以上	利用者の心身の状況に応じ、必要な介護を行う。
機能訓練指導員	1名以上	日常生活を営むのに必要な機能の減退防止するための訓練

「看護職員と兼務」		指導、助言を行う。
看護職員 「委託契約」	1名以上	専従の看護師不在の際、契約時間内で健康状態の確認を行う。
機能訓練指導員 「業務委託」	1名	日常生活を営むのに必要な機能の減退防止するための訓練指導、助言を行う。

## 7. 利用料等

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に提出し、後日払い戻しを受けてください。

### (1) 通所介護の利用料

#### 【基本部分：通所介護費】（通常規模型）

所要時間	利用者の 要介護度	通所介護費（1回あたり）				
		単位数※（注4）参照	基本利用料※（注1）参照	利用者負担金（自己負担1割の場合）※（注2）参照	利用者負担金（自己負担2割の場合）※（注2）参照	利用者負担金（自己負担3割の場合）※（注2）参照
7時間以上 8時間未満	要介護1	658	6,580円	658円	1,316円	1,974円
	要介護2	777	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護3	900	9,000円	900円	1,800円	2,700円
	要介護4	1,023	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
	要介護5	1,148	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

#### 【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（1回あたり）				
	単位数	基本利用料※（注1）参照	利用者負担金（自己負担1割の場合）※（注2）参照	利用者負担金（自己負担2割の場合）※（注2）参照	利用者負担金（自己負担3割の場合）※（注2）参照
入浴介助加算（I）	40	400円	40円	80円	120円
個別機能訓練加算（I）イ	56	560円	56円	112円	168円
個別機能訓練加算（I）ロ	76	760円	76円	152円	228円

個別機能訓練加算 (Ⅱ)	20	200円	20円	40円	60円
送迎減算 (片道につき)	▲47	▲470円	▲47円	▲94円	▲141円
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	(基本利用料+各種加算減算)の9.0%		左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割

・1月あたり

科学介護推進体制加算	40	400円	40円	80円	120円
------------	----	------	-----	-----	------

- (注1) 上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地がその他のため、単位数に10.00を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。
- (注2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご留意ください。
- (注3) 上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。
- (注4) 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数が所定単位数に加算されます。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合には、当該加算の期間が終了した月の翌月から更に3月以内に限り、引き続き1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数が所定単位数に加算されることがあります。

(2) その他の費用

食費	昼食代500円 おやつ代100円
おむつ代等	紙おむつ80円/枚 パッド50円/枚
交通費	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100円/kmをいただきます。
その他	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。

### (3) 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、利用予定日の営業日 8 時までには事業所に申し出てください。利用日の営業日 8 時までには連絡がなく、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
ご利用日の営業日 8 時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の営業日 8 時までにご連絡がなかった場合	食費代相当 5 0 0 円

### (4) 支払い方法

毎月、15 日までに前月分の利用料の請求をいたしますので、27 日までにお支払ください。

お支払方法は、銀行・郵便局の指定口座からの引き落とし、銀行振り込み、現金払いの中からご契約の際に選択できます。

## 8. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・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。
- ・禁止行為
  - ①職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)
  - ②職員に対する精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)
  - ③職員に対するセクシャルハラスメント(意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為)

## 9. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ・事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」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、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、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において、利用者又はその家族の個人情報を用いませ

#### 10. 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	

#### 11. 事故発生時の対応

通所介護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。

また、利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

## 12. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

### (1) 事業所の窓口

事業所相談窓口	電話番号 098-996-9940
	受付時間 月曜日から土曜日 8時から17時30分
	担当者名 城間 光敬

### (2) その他苦情申立の窓口

苦情受付機関	南風原町役場保険福祉課	電話 098-889-4416 受付時間：9：00～17：15 所在地：南風原町兼城686番地
	那覇市ちゃーがんじゅう課	電話 098-862-9010 受付時間：9：00～17：15 所在地：那覇市泉崎1丁目1番1号
	糸満市役所介護長寿課	電話 098-840-8133 受付時間：9：00～17：15 所在地：糸満市潮崎町1丁目1番地
	与那原町役場福祉課	電話 098-945-1525 受付時間：9：00～17：15 所在地：与那原町字上与那原16番地
	豊見城市役所障がい・長寿課	電話 098-856-4292 受付時間：9：00～17：15 所在地：豊見城市宜保1丁目1番地1
	西原町役場福祉課	電話 098-945-4791 受付時間：9：00～17：15 所在地：西原町字与那城140番地の1
	八重瀬町役場社会福祉課	電話 098-998-9598 受付時間：9：00～17：15 所在地：八重瀬町字東風平1188番地
	南城市役所いきがい推進課	電話 098-917-5341 受付時間：9：00～17：15 所在地：南城市佐敷字新里1870番地
	沖縄県介護保険広域連合	電話 098-911-7502 受付時間：9：00～17：15 所在地：読谷村字比謝缸 55 番地 比謝缸複合施設2階
	沖縄県国民健康保険団体連合会	電話 098-860-9026 受付時間：9：00～17：15 所在地：那覇市西3-14-18
	沖縄県福祉サービス運営適正化委員会	電話 098-882-5704 受付時間：8：00～17：00 所在地：那覇市首里石嶺町4-373-1

### 1 3. 非常災害対策

- ・事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。
- ・事業所は、防災計画に基づき、年に1回以上、利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。

### 1 4. 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10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3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要支援又は自立となった場合
- ・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2ヶ月以上遅延し、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



15. 第三者評価実施状況の有無（有・無）

評価機関の名称	
実施した直近の年月日	
評価の開示	

評価の内容


令和 年 月 日

事業所は、利用者へのサービス提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説 明 者	所 在 地	南風原町字与那覇5 1 2 番地 1
	事業所名	デイサービス LATATA
	職・氏名	管理者 城間 光敬

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利 用 者	住 所
	氏 名

代 理 人	住 所
	氏 名
	本人との続柄