

有限会社MSコーポレーション
MSCデイサービスセンターすみれ
介護予防・日常生活支援総合事業
重要事項説明書・契約書
(伊丹)

〒661-0002

兵庫県尼崎市塚口町6丁目43-1

亀井整形外科医院2F

MSCデイサービスセンター すみれ

事業所番号 2873005124

電 話 06-4961-3458

F A X 06-6428-5611

介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して介護予防・日常生活支援総合事業を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

★. 事業所の概要

名 称	有限会社MSコーポレーション	設立年月日	平成15年7月14日
代表者氏名	取締役 平野くみ子	法人種別	営利法人

★. 当事業所の概要

名 称	MSCデイサービスセンターすみれ		開設年月日	平成19年3月1日
管理者氏名	小 亀 裕 美			
所 在 地	兵庫県尼崎市塚口町6丁目43-1 亀井整形外科医院2F			
事業所番号	2873005124			
連 絡 先	電話 06-4961-3458 FAX 06-6428-5611			
営業日	営業日 月曜日から金曜日（祝日・土曜・日曜・夏期休暇・年末年始を除く）			
営業時間	営業時間 午前8時30分から午後5時30分まで			
通常の実施地域	尼崎市			
サービス提供 時間及び 利用定員	サービス提供時間		利用定員	
	午前9時00分 から 午後12時30分 まで		30名	
	午後1時30分 から 午後5時00分 まで		30名	
事業所の設備 概要	機能訓練室	90.5㎡		
	静養室	1室		
	相談室	1室		
	トイレ	2室		
	事務室	1室		
事業の目的及び運営方針	<p>介護保険法並びに契約に従い、要支援状態のご利用者に可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活の支援及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身機能の回復を図り、もってご利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。介護予防通所介護サービスの提供に当たっては、ご利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。</p>			

★. 当事業所の職員体制

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> 1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者へ通所介護計画を交付します。 5 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。 	常勤 1名 (生活相談員と兼務)
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 	常勤 1名 非常勤 1名
看護師・ 准看護師 (看護職員)	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。 	常勤 1名 (機能訓練指導員と兼務) 非常勤 1名
介護職員	<ol style="list-style-type: none"> 1 通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。 	常勤 5名 非常勤 1名
機能訓練 指導員	<ol style="list-style-type: none"> 1 通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居室において、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、機能訓練を行います。 	常勤 1名 (看護師と兼務) 非常勤 2名
管理栄養士	<ol style="list-style-type: none"> 1 栄養改善サービスを行います。 	常勤 名 非常勤 名
歯科衛生士・ 言語聴覚士	<ol style="list-style-type: none"> 1 口腔機能向上サービスを行います。 	常勤 名 非常勤 名
事務職員	<ol style="list-style-type: none"> 1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。 	常勤 名 非常勤 1名

★. MSCデイサービスセンターすみれの通所介護（デイサービス）は、以下のサービスを提供いたします。

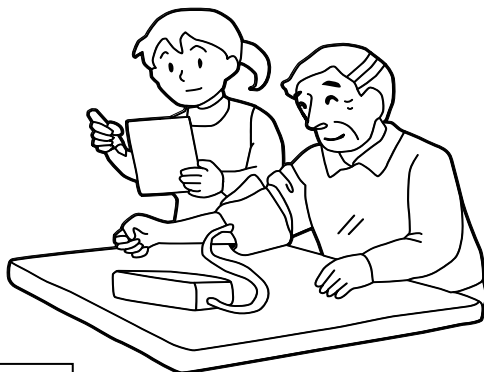
○生活指導（相談・援助等）アクティビティ（介護予防）

○レクリエーション



○機能訓練

○健康チェック



☆上記サービスの記録は、ご利用様の求めがある時は開示します。一部はお持ち帰りも可能です。

当事業所は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

★. 利用料金および支払方法

介護区分	提供時間	利用単位	利用者様負担額(1割の場合)
支援1	1回	436単位/月	456円
	通所型サービス	1798単位/月	1879円
支援2	1回	447単位/月	467円
	通所型サービス	3621単位/月	3784円
加算	介護区分	利用単位	利用者様負担額(1割の場合)
サービス提供体制強化加算Ⅲ	支援1	24単位/月	25円
	支援2	48単位/月	50円
科学的介護推進加算	支援1.2	40単位/月	42円
処遇改善加算Ⅱ	支援1,2	90/1000単位	
口腔機能向上加算	支援1.2	150単位/回	157円

※口腔機能向上加算については希望者のみとなっております。

- ① 介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として負担割合証位に応じた基本利用料の1割又は2割の額となります
- ② その他、サービス提供上、日常生活においても通常必要となるものに係る費用については実費を徴収いたします。
- ③ お支払方法
郵便局若しくは銀行口座からの自動引き落としにご協力をお願い致します。
引き落としは、郵便局が利用翌月の15日、又は25日、銀行引き落としが利用翌月の20日です。土日祝に重なる時は、翌日となります。請求額は、利用月の最終日に請求書でお知らせ致します。
- ④ 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額にあわせてご利用者の負担額を変更いたします。
- ⑤ サービス利用を中止する場合、キャンセル料は不要です。

★. 要支援認定前・ケアプラン作成前にサービスを利用した場合は以下のようになります。

- ① ご利用者がまだ要支援認定を受けていない場合、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただき、要支援または要介護の認定を受けたあと、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（「償還払い」といいます）。ただし、「暫定ケアプラン（暫定居宅サービス計画）」が作成されている場合は、現物給付となります。
- ② 要支援認定前にサービスを提供した場合には要支援認定後にサービス内容を見直します。
- ③ 認定が「自立」の場合には、全額自己負担となります。
- ④ 要支援または要介護の認定を受けていても、「ケアプラン（居宅サービス計画）」が作成されていない場合は償還払いとなり、一旦全額料金をお支払いいただきます。
- ⑤ 償還払いの場合は、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した証明書を交付します。
- ⑥ 認定結果によって、利用限度額を超えた場合は、その越えた分をご負担していただくことになります。

★. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。

（東京日動火災保険株式会社 居宅介護事業者等賠償責任保険に加入済）

ただし、その損害の発生についてご利用者に故意、または過失が認められる場合には、損害賠償責任は免責となる場合があります。

★. 苦情申立窓口

○ 当事務所の苦情および相談窓口

担当者	小亀 裕美
苦情相談責任者	平野 くみ子
連絡先	06-4961-3458
受付時間	9:00 ~ 17:00



○ 介護保険サービスの苦情について

① 兵庫県国民健康保険団体連合会

〒650-0021

神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

(センタープラザ内11F・15F・16F・17F・18F)

連絡先 電話：078-332-5601 (代表)

受付時間 (平日) 午前9時～午後5時

② 尼崎市役所 介護保険課 (尼崎市役所 3階)

〒660-8501

兵庫県尼崎市東七松町1丁目23-1

連絡先 電話：06-6489-6343

受付時間 (平日) 午前9時～午後5時

③ 伊丹市役所 介護保険課 (伊丹市役所 1階)

〒664-8503

兵庫県伊丹市千僧1丁目1番地

連絡先 電話：072-784-8037

受付時間 (平日) 午前9時～午後5時半

★. 緊急時の対応方法

ご利用者の病状の急変やその他必要な場合には、下記に記載の主治医 (かかりつけ医) ならびにご家族等に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

	主治医	ご家族 ()	その他 ()
医師名		氏名	氏名
病院名		住所	住所
連絡先	電話	電話	電話

★. 日常的金銭管理・財産管理への対応

当事業所は、ご利用者にサービスを提供する際に付随した日常的金銭管理や財産管理については、取り扱いしません。

介護予防・日常生活支援総合事業の提供の開始にあたり、ご利用者に対し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(説明年月日) 令和 年 月 日

(説明者氏名) _____

住 所 兵庫県尼崎市塚口町六丁目43番地の1

名 称 有限会社MSコーポレーション

取締役 平野 くみ子

事業所名 MSCデイサービスセンターすみれ

私は事業所から、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

ご利用者（または代理人）

(住 所) _____

(氏 名) _____

私は、ご利用者が事業所から重要事項の説明を受け、内容に同意したことを確認しましたので、私がお利用者に代わって署名をいたします。

署名代筆者

(住 所) _____

(氏 名) _____

(電 話) _____

(ご利用者との関係) _____)

この重要事項説明書は令和元年4月1日より施行する

令和元年10月1日改訂

令和4年10月1日改訂

令和6年4月1日改訂

令和6年6月1日改訂

介護予防・日常生活支援総合事業契約書

_____様（以下、「ご利用者」といいます。）とMSCデイサービスセンターすみれ（以下、「事業所」といいます。）は、事業所がご利用者に対して行う介護予防・日常生活支援総合事業について、次のとおり介護予防・日常生活支援総合事業契約を締結します。

第1条（契約の目的）

- 1 事業所は介護保険法等関係法令（以下、「介護保険法令等」といいます。）および本契約に従い、要支援状態のご利用者に可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活の支援及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身機能の回復を図り、もってご利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- 2 ご利用者は事業所からサービスの提供を受けたときは、事業所に対し、重要事項説明書の記載に従い、利用者負担分を支払います。

第2条（契約期間）

- 1 本契約の期間は、令和 6年 月 日からご利用者の要支援認定の有効期間が満了する日までとします。
- 2 前項に定める契約期間満了日の7日以上前に、ご利用者から契約終了の申し出がない場合、本契約は次の要支援認定の有効期間が満了する日まで自動更新するものとします。

第3条（提供されるサービスと介護予防サービス計画の作成・変更）

- 1 事業所は、介護予防・日常生活支援総合事業施設にて、重要事項説明書に定めた内容のサービスを提供します。
- 2 事業所は、具体的なサービス提供に際しては、ご利用者又はそのご家族の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、ケアプラン（居宅サービス計画）に沿って、個別サービス計画を作成します。

3 ご利用者又はそのご家族が個別サービス計画の変更を希望した場合、又は事業所が個別サービス計画の変更を必要と判断した場合には、事業所は、ご利用者又はそのご家族の希望を考慮するとともに、双方の合意をもって、個別サービス計画を変更することとします。

4 前項により、サービスの内容を変更する場合、事業所は、ご利用者に対し変更後のサービスの内容、利用回数、利用料、および介護保険の適用の有無について、内容を確認します。

第4条（介護保険の適用を受けないサービスの説明）

事業所はその提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容および利用料を説明し、ご利用者の同意を得ます。

第5条（料金及び支払方法）

この契約書に基づき、事業所が提供するサービス等に関する料金及び支払方法は重要事項説明書のとおりです。

第6条（利用者の契約解除権）

1 ご利用者は、事業所に対し、いつでも本契約の解除を申し出ることができます。その場合には、本契約の解約を希望する日の7日前までに解約を申し入れることとします。

2 ご利用者は、前項の規定にかかわらず、ご利用者の病状の急変、急な入院等、やむを得ない事情がある場合は直ちにこの契約を解除することができます。

第7条（事業所の契約解除権）

1 事業所は、次の各号のいずれかに該当した場合には、ご利用者に対して、契約終了日の1か月前までに理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。この場合、事業所はご利用者の居宅介護支援事業所に対し、情報を提供します。

(1) 事業規模の縮小

(2) 事業の休廃止

(3) ご利用者が遠方へ引越すなど、やむを得ない事情により自らサービスの提供が困難になった場合

2 事業所は、ご利用者またはその家族等が、利用料の支払遅延など、故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業所の申し入れにもかかわらず改善せず、この契約の目的を達することが困難となったときは、文書により2週間以上の予告期間をもって契約を解約することができます。

3 ご利用者又はそのご家族等が、当事業所に所属する介護予防通所介護従業者等の生命・身体・精神・財産等を傷つけるなど、その人権を侵害したことにより、本契約を継続しがたい事情が認められる場合、契約を解約することができます。

第8条（利用料の滞納）

1 ご利用者が正当な理由なく事業所に支払うべき利用料の自己負担分を3か月以上滞納した場合には、事業所はご利用者に対し、1か月以上の期間を定めて、その期間内に支払いがないときは、本契約を解除する旨の催告をすることができます。

2 事業所は前項の催告をした場合には、サービス提供を調整したケアマネージャー、またはご利用者が住所を有する市町村と協議し、介護サービス計画の変更や、一般施策に基づくサービスの利用を図る等の調整を行います。

3 事業所は、前項の措置を講じた上で、ご利用者が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、本契約を解除することができます。

第9条（契約の終了）

次の各項のいずれかに該当する場合には、本契約は終了します。

- (1) ご利用者が死亡したとき
- (2) 第6条～第8条に基づき、本契約が解除されたとき
- (3) ご利用者の要支援状態区分が、自立とされた場合
- (4) ご利用者が身体障害者療護施設へ入所する等、介護保険の被保険者としての資格を喪失した場合

第10条（天災等不可抗力）

1 契約の有効期間中、地震・噴火等の天災その他事業所の責めに帰さない事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、事業所はご利用者に対して当該サービスを提供すべき義務を負いません。

2 前項の場合に、ご利用者はすでに実施したサービスについては所定の利用料金を事業所に支払うものとします。

第11条（損害賠償）

事業所は、ご利用者に対するサービスの提供にあたって、事業所の過失により、ご利用者またはご利用者の家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、ご利用者に対して損害を賠償します。

ただし、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合、賠償責任を減じることができるものとします。

第12条（秘密保持）

1 事業所は正当な理由がない限り、ご利用者に対するサービスの提供に当たって知り得たご利用者またはご利用者の家族の秘密についてご利用者や家族、第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がない限り第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

2 使用する目的

事業所が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、介護予防通所介護等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合に使用します。

3 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

4 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業所が通所介護を行うために最小限必要なご利用者や家族個人に関する情報

第13条（契約外条項）

本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、ご利用者および事業所の協議により定めます。

第14条（裁判管轄）

ご利用者と事業所は、この契約に関して、訴訟の必要が生じた場合には、事業所の住所地を管轄する裁判所を第一審裁判所とすることをあらかじめ合意します。

第15条（送迎に関して）

送迎時の途中下車は致しかねます。その他、自力通所・早退遅刻の際、事故・災害等に遭遇した場合に当施設は責任を負いかねます。

以上、この契約の締結を証するため、本書2通を作成し、ご利用者と事業所、双

方記名押印または署名のうえ、各自1通を所持します。

令和 年 月 日

ご利用者（または代理人）

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

※ 代理人を選定する場合は、別途「委任状」が必要です。
代理人が委任を受けた範囲内で行う行為の効果は、ご利用者本人に帰属します。

ご利用者は、身体の状態等により、署名が出来ないため、ご利用者本人の意思を確認の
うえ、私が代わって、その署名を代筆いたします。

署名代筆者

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

（ご利用者との関係 _____）

以上の記載内容を説明しました。

住 所 兵庫県尼崎市塚口町六丁目43番地の1 _____

名 称 有限会社MSコーポレーション _____

取締役 平野 くみ子 _____

事業所名 MSCデイサービスセンターすみれ _____