

# 通所介護サービス重要事項説明書

様



合同会社おりがみカンパニー  
リハプライド 小平上水南

令和8年1月1日現在

## 通所介護サービス重要事項説明書

この「重要事項説明書」は「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」の規定に基づき、通所介護サービス提供の契約締結に際して、事業所が予め説明しなければならない内容を記したものです。

### 1. 通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	合同会社おりがみカンパニー
代表者名	代表社員 大八木 祐雅
所在地	〒187-0021 東京都小平市上水南町二丁目 15 番 7 号 1 エバーグレース 543、1F TEL 042-313-9080

### 2. 利用者へのサービス提供を実施する事業所について

#### (1) 事業所の所在地

事業所名	リハプライド 小平上水南
介護保険 指定事業所番号	指定年月日 令和 4 年 4 月 1 日 1374303558
事業所所在地	〒187-0021 東京都小平市上水南町二丁目 15 番 7 号 1 エバーグレース 543 101 号室
連絡先  管理者	TEL 042-313-9080 FAX 042-313-9085 メールアドレス kodairajosuiminami@rehapride.co.jp 武智 洋子
事業所の通常の 事業実施地域	【小平市】上水新町 3 丁目、小川町 2 丁目、小川東町、小川東町 4～5 丁目、上水本町 1～6 丁目、上水南町 1～4 丁目、喜平町 1～3 丁目、津田町 1～3 丁目、学園西町 1～3 丁目、学園東町、学園東町 1～3 丁目、仲町、美園町 1～3 丁目、回田町、御幸町、鈴木町 1～2 丁目、天神町 1～4 丁目、大沼町 1～7 丁目、花小金井南町 1～2 丁目、花小金井 5～8 丁目 【国分寺市】戸倉 1～4 丁目、新町 1～2 丁目、西元町 1～4 丁目、西恋ヶ窪 1～4 丁目、泉町 1～3 丁目、東元町 1～4 丁目、東戸倉 1～2 丁目、東恋ヶ窪 1～6 丁目、内藤 1～2 丁目、南町 1～3 丁目、日吉町 1～4 丁目、富士本 1～2 丁目、並木町 1～2 丁目、北町 1～2・5 丁目、本多 1

	<p>～5丁目、本町1～4丁目</p> <p>【小金井市】全域</p> <p>【府中市】多磨町3丁目、若松町5丁目、浅間町2～4丁目、天神町1～4丁目、新町1～3丁目、幸町1～3丁目、府中町1～3丁目、宮町1丁目、宮西町1丁目、寿町1～3丁目、晴見町1～4丁目、栄町1～3丁目、武蔵台1～3丁目、北山町3～4丁目</p>
--	--

## (2) 事業所の目的及び運営方針

事業の目的	<p>合同会社おりがみカンパニーが開設するリハプライド 小平上水南（以下、「事業所」）が行う指定通所介護の事業（以下、「事業」）の適切な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護職員その他の従業者（以下、「従業者」）が、介護保険法に従い、高齢者がその有する能力に応じ可能な限り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に支援することを目的とします。</p>
運営方針	<p>1 通所介護サービスの提供にあたっては、事業所の従業者は、利用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。</p> <p>2 事業の実施にあたっては、関係区市町村、居宅介護支援事業者、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努めます。</p>

## (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	<p>月・火・水・木・金曜日（祝日は営業）</p> <p>但し12月31日から1月3日を除きます。</p>
営業時間	<p>8時45分から17時00分まで</p> <p>サービス提供時間は、1単位目：9時00分～12時15分 2単位目：13時30分～16時45分</p>

## (4) 事業所の従業者体制

職種	職務内容	人員数
管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に係る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。	1名
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の低下を防止するために必要な機能訓練を行います。	1名以上
生活相談員	利用者及び家族に対し生活指導並びに介護に関する相談及び助言を行います。利用者の心身の状況等を踏まえて通所介護計画の作成等を行います。関係機関と連携し必要な調整を行います。	1名以上
介護職員	利用者の心身の状況等を的確に把握し、適切な介助を行います。	2名以上
看護職員	利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行います。	1名以上

\*従業者は、身分証明書を携帯し、提示を求められた場合は速やかに提示します。

## 3. 提供するサービスの内容及び費用について

## (1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービス内容
機能訓練	体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行います。
送迎	利用者に対し送迎サービスを提供します。
相談・助言	利用者及びその家族の生活指導並びに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。
健康チェック	利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行います。

(2) 提供するサービスの利用料自己負担額について（介護保険を適用する場合）  
通常規模型事業所 通所介護費

種別	介護度	単位数	自己負担額		
			1割負担 の場合	2割負担 の場合	3割負担 の場合
基本料  (3時間以上 4時間未満)	要介護 1	368 単位/回	393 円/回	786 円/回	1,179 円/回
	要介護 2	421 単位/回	450 円/回	900 円/回	1,349 円/回
	要介護 3	477 単位/回	510 円/回	1,019 円/回	1,529 円/回
	要介護 4	530 単位/回	566 円/回	1,132 円/回	1,698 円/回
	要介護 5	585 単位/回	625 円/回	1,250 円/回	1,875 円/回
加算料	個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位/日	60 円/日	120 円/日	180 円/日
	個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月	22 円/月	43 円/月	64 円/月
	ADL維持等加算Ⅰ	30 単位/月	32 円/月	64 円/月	96 円/月
	口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位/回	171 円/回	342 円/回	513 円/回
	科学的介護推進体制加算	40 単位/月	43 円/月	86 円/月	129 円/月
	介護職員 処遇改善加算Ⅱ (月額)	<b>【計算式】</b> ①月の総利用単位×9.0%=A(四捨五入) ②A×地域単価=B(切り捨て) ③B×90%*=C(切り捨て) ※2割負担の場合は80%、3割負担の場合は70% ④B－C=ひと月の処遇改善加算料金			

- \* 1 地域区分単価は「1 単位＝10.68 円」となっています。
- \* 2 介護保険負担割合証の記載に応じて、利用料の自己負担割合が決まります。介護保険負担割合証に更新があった場合、負担割合が変更になる場合がございます。
- \* 3 生活保護等の公費受給者証をお持ちの場合、自己負担額が軽減できる場合がございます。
- \* 4 行事・創作活動等を実施する際、費用を別途頂く場合がございます。
- \* 5 上記の料金はおおよその金額です。（ご利用回数によっては、多少異なる場合がございます。）
- \* 6 職員の待遇改善のために、処遇改善加算を算定させていただきます。
- \* 7 ADL 維持等加算の評価をいただいた場合は、30 単位/月 若しくは 60 単位/月を算定させていただきます。
- \* 8 口腔機能向上加算は月 2 回を限度に加算させていただきます。
- \* 9 感染症や災害の影響により利用者数が前年度の平均延べ利用者数等から 5 %以上減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、特例措置として基本利用料の 3 %の加算を算定いたします。
- \* 11 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、

これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(3) 欠席および当日キャンセル料、その他料金について

費用の種類	費用
欠席料	700円／回
直前キャンセル料（前日 17:00 過ぎのご連絡）	1,000円／回 無断の場合+500円
消耗品 利用料	マスク 100円／枚 おむつ・パッド 300円／枚

※振替利用できる場合は、ご料金は頂きません。

※下記の場合、請求しないものとします。

- ・入院または医師による自宅療養、入浴や運動禁止指示期間
- ・感染性疾患での一定期間の欠席（期間は弊社感染症対策指針による）
- ・3親等以内の方の慶事、弔事の場合（連続10日を限度）
- ・その他、弊社からのお願いでお休みいただく場合

※利用者負担割合などに関わらず一律の金額となります。公費負担でのご利用の方は請求致しません。

4. 利用料その他の費用の請求及び支払い方法について

通所介護サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証の負担割合の額とします。

利用料の支払いを受けた場合は、利用者に対して領収書を交付します。事業所は当月の利用者負担金の請求書に明細を付して翌月 15 日までに利用者に請求し、利用者指定の口座より集金代行業者の所定引落日に引き落とすものとします。

※引き落としが確認できましたら、領収書を発行致しますので必ず保管をお願い致します。  
(再発行は基本的には致しません)

※利用料、その他の費用の支払いについて支払期日から 2 ヶ月以上経過し、さらに支払いの督促から 14 日以内にお支払いがない場合は契約を解約したうえで、未払い分をお支払いしていただきます。

## 5. サービス提供に関する相談・苦情について

<p>サービス提供に関する相談・苦情に関しましては、事業所にご連絡いただくか、東京都国民健康保険団体連合会・区市町村相談窓口にお問い合わせください。</p>	<p>相談担当者名： 大八木 祐雅  連絡先電話番号：042-313-9080  F A X 番号：042-313-9085</p> <p>小平市高齢者支援課 TEL：042-346-9539  国分寺市高齢福祉課 TEL：042-321-1301  小金井市介護福祉課 TEL：042-387-9822  府中市介護保険課 TEL：042-335-4031  東京都国民健康保険団体連合会 TEL：03-6238-0177</p>
--	--

## 6. 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>利用者及びその家族等に関する秘密の保持について</p>	<p>事業者及び従業者はサービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族等に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。</p>
<p>個人情報の保護について</p>	<p>事業者は利用者及びご家族等から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族等の個人情報についても予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の家族等の個人情報を用いません。事業者は利用者及びその家族等に関する個人情報が含まれる記録物については善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p>

事業所における個人情報保護についての取り扱いについては、プライバシーポリシー、個人情報取り扱い業務概要説明書は別紙にて説明し、必要な方には交付致します。

## 7. 緊急時の対応について

サービス提供中に緊急の事態が発生した場合はデイサービスにおける“緊急時対応のマニュアル”に沿って対応させていただきます。その際に必要な緊急連絡先を別紙にてご指定ください。夜間、営業時間外の緊急事態におきましては対応しかねますのでご了承ください。

## 8. 家族等への連絡について

利用者より希望があった場合には家族等へ連絡を行います。

## 9. 記録の保管について

事業者はサービス提供に関する記録を整備し、サービスの完結の日から最低 5 年間紙面も

しくは電磁的方式にて保管致します。記録物の閲覧及び実費を支払っての写しの交付については本人及び家族に限り可能です。必要時にご相談ください。

## 10. 損害賠償

サービス提供に伴って事業者の明らかな過失により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において利用者に対し、その損害を賠償致します。この契約においてやむを得ず訴訟となる場合は利用者の所在地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所とすることをあらかじめ同意します。(合意裁判管轄)

## 11. 虐待防止

虐待等については、“高齢者虐待防止マニュアル”に沿って対応させていただきます。

## 12. 利用者代理人

利用者は代理人を選任してこの契約を締結することができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

利用者の代理人選任に際して必要がある場合は、事業者は成年後見制度や日常生活自立支援事業の内容を説明するものとします。

## 13. 第三者による評価の実施状況等について

第三者による評価の実施状況等は、下記のとおりです。

第三者による評価 の実施状況	1 あり	直近の実施年月日	
		評価機関の名称	
		評価結果の開示状況	1 あり      2 なし
	② なし		

## 14. 重要事項内容の変更

### ① 利用料等の変更

ア 事業者はこの契約に定める内容のうち利用料の変更（増額又は減額）を行おうとする場合には重要事項説明書の一部を変更する文書を作成し、利用料等の変更予定日から期間において利用者にその内容を通知するものとします。

イ 利用者は利用料等の変更を承諾しない場合にはその旨を事業者にも文書で通知することで、この契約を解除することができます。

### ② 利用サービス内容の変更

ア 利用者はいつでもサービス内容を変更するよう申し出ることができます。事業者は利用者からの申し出があった場合変更を拒む正当な理由がない限り、関係機関と連携し速やかにサービス内容を変更します。

イ サービス内容を変更した場合、利用者と事業者とは変更後のサービス内容について記載した利用サービス変更合意書を交わします。



## 15. 留意事項

- ①お申し出なく欠席された場合は別途キャンセル料の上乗せが発生致します。ただし、別途定めているやむを得ない事情につきましてはこの限りではありません。
- ②事業所では基本的に禁煙とさせていただいており、事業所内には喫煙所を設けておりません。禁煙にご理解ご協力のほどよろしくお願い致します。
- ③事業所内においては携帯電話のご使用をご遠慮願います。もし連絡等が必要な場合は事業所の電話をご使用ください。
- ④事業所では随時、在宅ケア従事者の育成のために他施設からの研修生の受け入れにも協力させていただいております。何卒、ご協力のほど宜しくお願い致します。
- ⑤1ヶ月以上休みが続いたときの終了等の手続きについて  
1ヶ月以上休みが続いたときは、ご連絡させていただき契約を継続するかどうかご確認させていただきます。継続が不可能な場合は契約終了とさせていただきますのでご了承ください。
- ⑥災害時の対応（地震・台風・大雪・警報時など）  
地震・台風・大雪・警報時などサービスを継続出来ない気象状況になった場合はやむを得ず、  
サービスを打ち切りとさせていただく場合がございます。その際にご連絡させていただきますのでご了承ください。
- ⑦安全で円滑な送迎の為、お迎えの時間を書面又は電話にてご連絡します。  
お知らせしたお時間よりも10分以内の早まりや遅れにつきましてはご了承ください。交通事情等で10分以上到着時間が前後する場合は、電話連絡を致します。
- ⑧感染症の拡大リスクが高い施設ですため、マスクの利用を継続させていただいております。ご協力お願いいたします。

重要事項説明年月日

令和          年          月          日

事業所は重要事項説明書に基づき、重要事項を説明しました。

事業者：合同会社おりがみカンパニー  
代表社員 大八木 祐雅

事業所名：リハプライド 小平上水南  
所在地：〒187-0021 東京都小平市上水南町二丁目 15 番 7 号 1  
エバーグレース 543 101 号室  
TEL：042-313-9080          FAX：042-313-9085

説明者氏名：

私は重要事項説明書に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者	住所
	氏名 _____
利用者家族	住所 _____
	氏名 _____ (続柄)
法定代理人	住所
	氏名
	職名

合同会社おりがみカンパニー【リハプライド 小平上水南】  
管理者殿

# 通所介護サービス契約書

様

---



合同会社おりがみカンパニー  
リハプライド 小平上水南

## 通所介護サービス契約書

様（以下、「利用者」）と合同会社おりがみカンパニー(以下、「事業者」)とは、指定通所介護の利用（目的）に関して、次のとおり契約を締結しました。

事業者は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう通所介護サービスを提供し、利用者は事業者に対しそのサービスに対する料金を支払います。

### （契約期間）

- 1、この契約の契約期間は契約締結日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
- 2、契約満了日までに利用者から契約終了の申し出がないとき、契約は自動的に1年間延長されるものとし、以降も同様とします。

### （契約内容の変更、契約の解約、契約の満了、契約の解除）

この契約内容の変更、契約の解約、契約の満了、契約の解除については次のとおりです。

#### < 1 > 契約内容の変更

##### ① 利用料等の変更

ア 事業者はこの契約に定める内容のうち利用料の変更（増額又は減額）を行おうとする場合には重要事項説明書の一部を変更する文書を作成し、利用料等の変更予定日から1ヶ月以上の期間において利用者にその内容を通知するものとします。

イ 利用者が利用料等の変更を承諾する場合にはこの契約の一部変更契約を事業者と締結します。

ウ 利用者は利用料等の変更を承諾しない場合にはその旨を事業者に文書で通知することで、この契約を解除することができます。

##### ② 利用サービス内容の変更

ア 利用者はいつでもサービス内容を変更するよう申し出ることができます。事業者は利用者からの申し出があった場合変更を拒む正当な理由がない限り、関係機関と連携し速やかにサービス内容を変更します。

イ サービス内容を変更した場合、利用者と事業者とは変更後のサービス内容について記載した利用サービス変更合意書を交わします。

#### < 2 > 契約の解約

①利用者は事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には1ヶ月以上の予告期間をもって届けるものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

②利用者は次の各号に事業者が該当する場合は直ちに契約を解除することができます。

ア 事業者又はサービス担当者が正当な理由なく、介護保険法関係法令及び本契約に定めた事項を遵守せずにサービス提供を怠ったとき。

イ 事業者又はサービス担当者が守秘義務に違反したとき。

ウ 事業者が破産等、事業を継続する見通しが困難になったとき。

エ 事業者が利用者やその家族等に対して社会通念を逸脱するような行為を行ったとき。

### ＜ 3 ＞ 契約の満了

次のいずれかに該当する場合はこの契約は満了します。

- ア 利用者が死亡したとき
- イ 利用者から解約の意思表示がなされ予告期間が満了したとき
- ウ 事業者から契約の解除の意思表示がなされ予告期間が満了したとき
- エ 利用者が介護保険施設に入所したとき
- オ 利用者が医療機関に入院したとき
- カ 利用者の要介護状態区分が、非該当(要支援又は自立)と認定された場合

1 ヶ月以上サービスを中止されている場合は、ご連絡の上契約を継続するかご確認させていただきます。継続が不可能な場合は契約を満了とさせていただきますのでご了承ください。

### ＜ 4 ＞ 契約の解除

①事業者は事業規模の縮小、事業者の休廃止等この契約に基づくサービスの提供が困難になるなどのやむをえない事情がある場合には利用者に対してこの契約の解除を予定する日から1ヶ月以上の期間をおいて利用者に解除理由を示した文書を通知することにより、この契約を解除することができます。ただし、次の場合には1ヶ月以上の事前申し出の期間なしにこの契約を解除することができます。

ア 利用者がこの契約に定める利用料等の支払いを2ヶ月以上遅滞し、文書による利用料等の支払い催告を行ったにもかかわらず、催告の日から14日以内にその支払いがなかった場合。

イ 利用者又はその家族等が事業者やサービス担当者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合。

② 事業者は前項によりこの契約を解除する場合はこのサービス提供を調整した居宅介護支援事業所又は利用者が住所を有する区市町村と協議し、必要な措置をとります。

(居宅サービス計画等作成前のサービス提供について)

サービス計画書が作成される前であっても緊急に必要な場合はサービスを提供致します。

(要介護認定前にサービス提供を行う場合について)

要介護認定前にサービスを提供する場合は要介護認定後に提供するサービス内容を見直し、要介護認定後に契約継続の意思確認を行います。また、自立（非該当）と判定された場合には利用料は全額利用者自己負担となり、契約継続の意思確認を行います。

(相談窓口と苦情相談について)

重要事項説明書に記載したとおりを契約内容とします。

(秘密の保持と個人情報の保護について)

重要事項説明書に記載したとおりを契約内容とします。

(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、利

用者及び事業者の協議により定めます。

(利用料について)

重要事項説明書に記載したとおりを契約内容とします。

(利用料の変更について)

事業者は、介護保険法その他関係法令の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

(送迎について)

利用者が通所に際し、自己における送迎を行う場合は、万一事故に遭遇しても、事業者は一切の責任を負いません。

上記の契約を証するため、本書2通作成し、利用者、事業者が記名のうえ、各自1通を保有するものとします。

事業者名：合同会社おりがみカンパニー

代表社員 大八木 祐雅

事業者所在地：〒187-0021 東京都小平市上水南町二丁目15番7号1

エバーグレース543、1F

事業所名称：リハプライド 小平上水南

利用者

住所

氏名

\_\_\_\_\_

利用者家族

住所

\_\_\_\_\_

氏名

(続柄)

\_\_\_\_\_

法定代理人

住所

氏名

職名

契約締結日

令和

年

月

日