

指定地域密着型通所介護事業

赤穂ふるさとデイサービスセンター

重要事項説明書

様

株式会社 共生

指定地域密着型通所介護 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービス（以下「介護サービス」という。）を提供します。この「重要事項説明書」は、サービス提供の契約に際し、事業所の概要、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説明するものです。

1. 事業者

法人名	株式会社 共生
法人所在地	兵庫県姫路市夢前町山富 176 番地 9
代表者氏名	代表取締役 矢倉純一
電話番号	TEL:0791-56-5882
ホームページ	http://ako-furusato.sakura.ne.jp
設立年月日	平成 26 年 5 月 12 日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所の名称	赤穂ふるさとデイサービスセンター
事業所の種類	指定地域密着型通所介護事業所（兵庫県 第 2874300607 号）
事業の目的	介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が居宅において、その有する能力に応じ、出来る限り自立した日常生活を営むことができるよう、地域に密着し、必要な日常生活上の支援、機能訓練を行います。
事業所の所在地	兵庫県赤穂市尾崎 4002-2
電話番号 FAX	TEL:0791-56-5882 FAX:0791-56-5883
事業所管理者	永川真澄
開設年月日	平成 26 年 9 月 1 日

(2) 利用定員

利用定員は 1 日 10 名とする。但し、介護予防通所介護、通所型サービスの利用者を含む。

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 : 赤穂市

(2) 営業日及び営業時間

事業所営業日	月～土（祝日も含む） 但し、12月29日より1月3日を除く
事業所営業時間	8時30分～17時15分
サービス提供時間	9時00分～16時30分

4. 職員の体制

当事業所では、介護サービスの提供に当たり、以下の職種の職員を配置しています。

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職員数	職務内容
1. 管理者	1名	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。※生活相談員を兼務する。
2. 生活相談員	1名	事業所に対する介護サービスの利用の申込みに係る調整、個々の通所介護計画の作成、評価等を行う。
3. 介護員	1名	入浴、排せつ、食事等の介護サービスの提供に当たる。
4. 看護職員	1名	利用者の健康管理、相談、助言を行う。
5. 機能訓練指導員	1名	機能訓練計画に基づき、利用者に応じた訓練や日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。 ※看護職員を兼務する。

5. サービス内容及び料金

事業所は、個々の利用者に対して作成された「通所介護計画」に沿って、必要なサービスを提供する。

サービス種類	サービス内容
相談援助等	生活相談員が、日常生活全般の状況および希望をふまえて、通所介護計画を作成します。また、介護・看護以外の日常生活に関することも含めて相談できます。
介護サービス	通所介護計画に沿って、下記の介護を行います。 着替え・排泄・食事・入浴等の介助、体位交換、移動の付添等
機能訓練	日常生活を送るうえで必要な身体機能の回復、または減退の防止を図るための訓練を実施します。

健康状態の確認	バイタルサイン、顔色等健康状態のチェックを行います。
送迎サービス	ご利用日には送迎車にて送迎を実施します。
食事の提供	季節感を取り入れ、栄養バランスに配慮した昼食を提供します。
入浴サービス	入浴見守り、または介助を行い、安全に配慮し入浴を提供します。
レクリエーション	個別に楽しめる個別レクリエーション、他者との交流の機会を確保できる集団レクリエーション等様々なレクリエーションを提供します。

2 利用料金等については、次のように定める。

サービス利用料金（一日当たり）（契約書第8条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。

（※）サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。

イ1) ご契約者の要介護度とサービス利用料金（自己負担割合：1割負担の場合）

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
① 単位数	753 単位	890 単位	1032 単位	1172 単位	1312 単位
②介護保険料 (①×10)	7530 円	8900 円	10320 円	11720 円	13120 円
③うち、介護保険から 給付される金額 (②×0.9)	6777 円	8010 円	9288 円	10548 円	11808 円
④サービス利用に 係る自己負担額 (③×0.1)	753 円	890 円	1032 円	1172 円	1312 円
⑤食費	600 円	600 円	600 円	600 円	600 円
⑥自己負担額 (④+⑤)	1353 円	1490 円	1632 円	1772 円	1912 円

イ2) ご契約者の要介護度とサービス利用料金（自己負担割合：2割負担の場合）

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
① 単位数	753 単位	890 単位	1032 単位	1172 単位	1312 単位
②介護保険料 (①×10)	7530 円	8890 円	10320 円	11720 円	13120 円
③うち、介護保険から 給付される金額 (②×0.8)	6024 円	7120 円	8256 円	9376 円	10496 円
④サービス利用に 係る自己負担額 (③×0.2)	1506 円	1780 円	2064 円	2344 円	2624 円
⑤食費	600 円	600 円	600 円	600 円	600 円
⑥自己負担額 (④+⑤)	2106 円	2380 円	2664 円	2944 円	3224 円

イ 3) ご契約者の要介護度とサービス利用料金（自己負担割合：3割負担の場合）

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
① 単位数	753 単位	890 単位	1032 単位	1172 単位	1312 単位
②介護保険料 (①×10)	7530 円	8900 円	10320 円	11720 円	13120 円
③うち、介護保険か ら給付される金額 (②×0.7)	5271 円	6230 円	7224 円	8204 円	9184 円
④サービス利用に 係る自己負担額 (③×0.3)	2259 円	2670 円	3096 円	3516 円	3936 円
⑤食費	600 円	600 円	600 円	600 円	600 円
⑥自己負担額 (④+⑤)	28509 円	3270 円	3696 円	4116 円	4536 円

ロ 1) 加算金額（自己負担割合：1割負担の場合）

	入浴介助加算	サービス提供体制 加算Ⅱ	個別機能訓練加算Ⅰイ ※月～金のみ算定
①単位数	40 単位	18 単位	56 単位
②介護保険料（①×10）	400 円	180 円	560 円
③うち、介護保険から給 付される金額（②×0.9）	360 円	162 円	504 円
④サービス利用に係る 自己負担額（②×0.1）	40 円	18 円	56 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 92/1000		

ロ 2) 加算金額（自己負担割合：2割負担の場合）

	入浴介助加算	サービス提供体制 加算Ⅱ	個別機能訓練加算 （Ⅱ）※月～金のみ算 定
①単位数	40 単位	18 単位	56 単位
②介護保険料（①×10）	400 円	180 円	560 円
③うち、介護保険から給 付される金額（②×0.8）	320 円	144 円	448 円
④サービス利用に係る 自己負担額（②×0.2）	80 円	36 円	112 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 92/1000		

ロ 3) 加算金額（自己負担割合：3割負担の場合）

	入浴介助加算	サービス提供体制 加算Ⅱ	個別機能訓練加算 （Ⅱ）※月～金のみ算 定
①単位数	40 単位	18 単位	56 単位
②介護保険料（①×10）	400 円	180 円	560 円
③うち、介護保険から給 付される金額（②×0.7）	280 円	126 円	392 円
④サービス利用に係る 自己負担額（②×0.3）	120 円	54 円	168 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 92/1000		

※ 要介護度別の自己負担金額に利用された各種加算金額を足したものが1回あたり
のご利用者の負担金額になります。

- ※ 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。
- ※ ご利用者が介護保険料に未納がある場合は、自己負担額について上記と異なることがあります。

ハ) 介護保険の給付対象外のサービス

<介護保険給付対象外のサービスに係る費用>

- (1) 食費 1食当たり 600円
- (2) 日常生活用品の購入代金等

日常生活用品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただく場合があります。

(リハビリパンツ (120円)、尿とりパット (50円) 等、提供分実費)

- (3) 特別行事費として行事に係る相当な費用
- (4) 前各号に掲げるものの他、介護サービスにて提供される便宜のうち、利用者に負担させることが適当と認められる費用。

<介護保険給付の支給限度額を超えるサービス>

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合には、サービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の金額 (自己負担額ではありません) が必要となります。

<複写物の交付>

ご契約者は、サービス提供についての記録、その他複写物を必要とする場合には実費相当分として下記の金額をご負担いただきます。

料金：1枚につき 10円 (コピー実費)

- ※ 経済状況の変化やその他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、ご説明します。

3 料金の支払い方法

地域密着型通所介護サービスの利用月ごとに請求をいたします。請求日より30日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。お支払方法につきましては、下記の通りお願いいたします。

1. 窓口での現金支払い (受付時間：9時00分～17時15分)
2. 下記指定口座への振込
金融機関 みなと銀行 姫路中央支店 普通預金 1594281
名 義 株式会社共生 代表取締役 矢倉純一

※振込手数料については振込者の負担となります。

4 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、事業者申し出てください。

利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。	
利用予定日前々日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日に申し出があった場合	当日の利用料金の 50%
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の全額

- 介護保険給付の対象となるサービスの取消料については、上記の区分に従い自己負担額の 50%もしくは全額となります。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の 7 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に 6 か月間（要介護認定期間）同じ条件で更新され、以後も同様となります。
また、契約期間中に以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

（契約書第 18 条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ③ 事業者の解散、破産の場合又はやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は次項をご参照ください）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は次項をご参照ください）

2 ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 19 条、第 20 条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷付け、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷付けた場合もしくは傷付ける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

3 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷付け、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご契約者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺に至る恐れがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

4 契約の一部が解約又は解除された場合（契約書第 22 条参照）

本契約の一部が解約又解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

5 契約終了に伴う援助（契約書第 18 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. サービス提供における事業者の義務（契約書第 11 条、第 12 条参照）

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第 11 条、第 12 条に規定される義務を負います。

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって次の事を守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ③ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。但しコピー代は有料となります。
- ④ ご契約者に対する身体的抑制その他行動を制限する行為を行いません。但し、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどして、適正な手続きにより身体を抑制する場合があります。
- ⑤ サービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には速やかに主治医或いは協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥ 事業者及び職員は、サービスの提供に当たり知り得たご契約者及びその家族の個人情報については、事業所での介護サービスの適用以外の目的では、原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又はその代理人の了解を得るものとする。

8. サービスの利用に関する留意事項

施設・設備の使用上の注意事項（契約書第 13 条、第 14 条参照）

- 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

2 持ち込みの制限

利用に当たり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

- 衣類一式（下着、日常着、寝巻、靴下等）
- 洗面用具（歯ブラシ、髭剃り、鏡等）
- 内服薬 ハンカチ 上靴 車椅子 歩行器 杖

3 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

9. 苦情処理

事業所は、利用者及びその家族からの苦情又は要望、相談に対し、適切に対処するために苦情等の受付窓口を設置しております。

①当事業所窓口

苦情受付責任者	氏名 : 永川 真澄 職名 : 管理者兼生活相談員
常設の窓口	〒678-0221 兵庫県赤穂市尾崎 4002-2 TEL 0791-56-5882 FAX 0791-56-5883 受付時間 : 8:30~17:15 (月~金 : 年末年始を除く)
苦情解決責任者	氏名 : 矢倉 純一 職名 : 株式会社共生 代表取締役

※ 苦情受付責任者が不在であっても、職員が対応できる体制を整えるとともに、必ず担当者に引き継ぐ体制をとっております。

②行政窓口等関係機関

国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1801 号 TEL 078-332-5617 FAX 078-332-5650 受付時間 9:00~17:00 (月~金)
赤穂市健康福祉部医療介護課	所在地 赤穂市加里屋 81 番地 TEL 0791-43-6947 FAX 0791-43-6892 受付時間 8:30~17:15 (月~金)

10. 損害賠償

当事業所において、事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約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には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

日 付	令和 年 月 日		
時 間	時 分	場 所	

地域密着型通所介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

● 説明者

所 属	地域密着型通所介護 赤穂ふるさとデイサービスセンター		
説明者職名	生活相談員	氏 名	永 川 真 澄 印

● 事業者

事 業 者 名	株式会社 共生 地域密着型通所介護 赤穂ふるさとデイサービスセンター		
住 所	赤穂市尾崎 4002-2		
代表者氏名	代表取締役	矢 倉 純 一	印

私達は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護の提供開始に同意しました。

● 契約者（利用者）

住 所	
氏 名	印

● 身元引受人

住 所	
氏 名	印
(契約者との関係：)	

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護の提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。 署名代行者

住 所	
氏 名	印
(契約者との関係：)	