

「指定居宅サービス」重要事項説明書
地域密着型通所介護事業所（総合事業通所介護事業所）

当事業所は介護保険の指定を受けています。
夢の里地域密着型通所介護事業所（姫路市指定 第 2873500207 号）

当事業所はご契約者に対して指定介護サービスを提供します。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通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人宝寿会
- (2) 法人所在地 兵庫県神崎郡神河町福本字中茶屋山 1 2 4 1 - 3
- (3) 電話番号 0 7 9 0 - 3 2 - 2 2 5 7
- (4) 代表者氏名 小野田 準子
- (5) 設立年月日 平成 5 年 4 月 2 日

2. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 2 階建
- (2) 建物の延べ床面積 3, 3 8 6 . 8 7 m²
- (3) 事業所の周辺環境 夢の里は、夢前町の小高い丘の上に位置し、山野の緑に囲まれた自然豊かな環境で、窓からは四季折々に移り変わる山や空が広がります。日当たりが良く虫の音、鳥の声で目覚めます。

事業所の説明

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所・平成 14 年 3 月 1 日
指定姫路市 2873500207 号

当事業所は特別養護老人ホーム夢の里に併設されています。

- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り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て、ご契約者に、専用および共用施設等をご利用いただき、指定通所介護サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 夢の里地域密着型通所介護事業所
- (4) 事業所の所在地 兵庫県姫路市夢前町戸倉字登り尾 1105-38
- (5) 電話番号及びFAX番号 TEL079-337-6666 FAX079-337-6667
- (6) 管理者 氏名 藤本 英毅
- (7) 当事業所の運営方針
1. 事業所はご契約者の意思及び人格を尊重し、常にご契約者の立場に立ってサービスの提供に努めます。
 2. 事業所はサービス利用書に基づいて、入浴、排泄、食事の介護、相談及び助言、社会生活上の便宜の供与、その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の介護を行い、ご契約者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができることを目指します。
 3. 事業所は明るく家庭的な雰囲気の中で、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。
- (8) 開設（サービス開始）年月日 平成 28年 4月 1日
- (9) 通常の事業の実施地域 姫路市
- (10) 営業日及び営業時間
- | | |
|----------|--------------------------------------|
| 営業日 | 月曜日から土曜日までとする。ただし、12月29日から1月3日までを除く。 |
| 受付時間 | 月～土 8時～18時 |
| 営業時間 | 月～土 8時～17時 |
| サービス提供時間 | 月～土 9時～16時30分 |
- (11) 利用定員

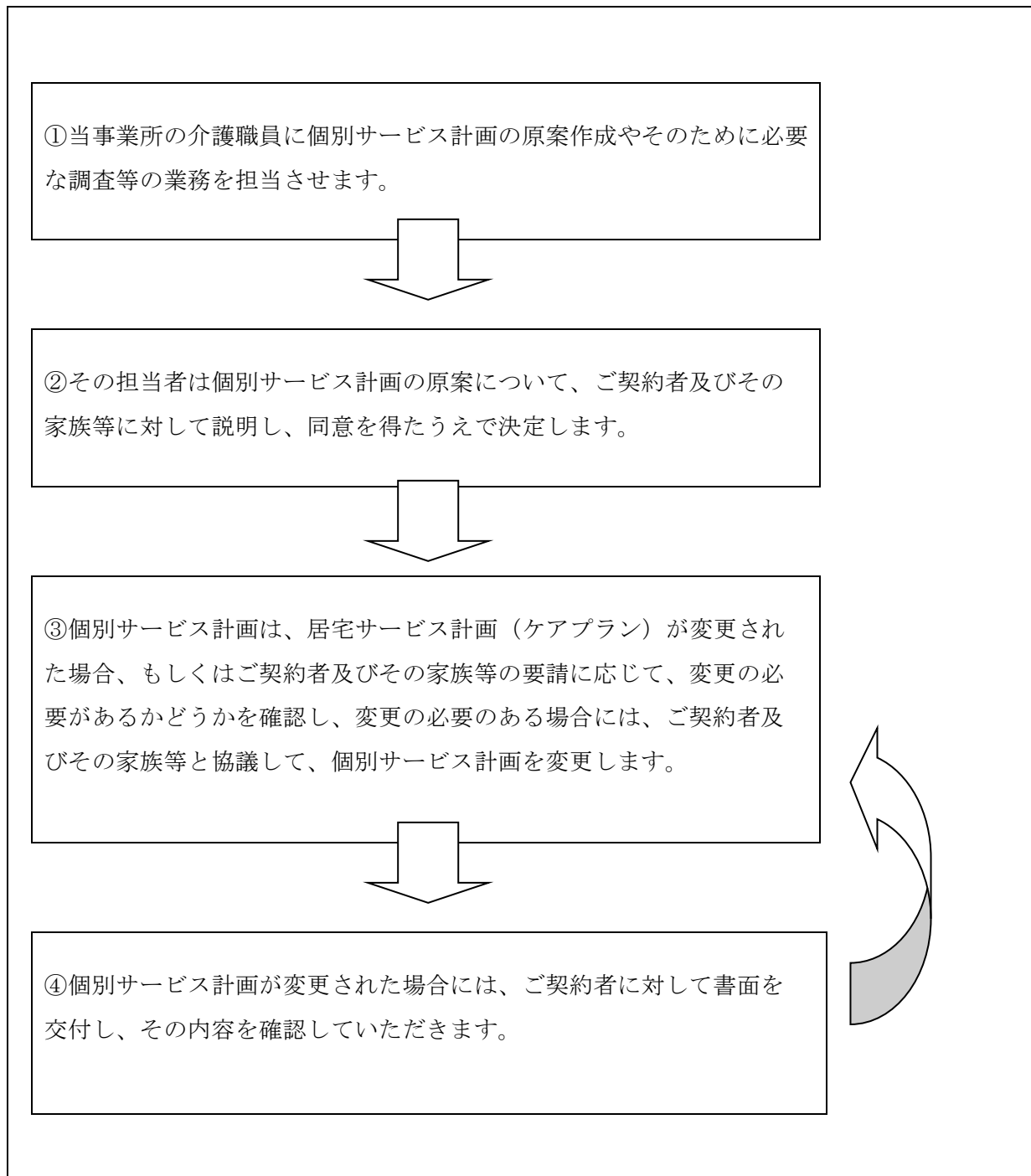
(12) 設備の概要

食堂	1 室	107.44 m ² ゆったりとした食堂で食事をして頂きます。
機能回復訓練室 日常動作訓練室	1 室 1 室	〔主な設置機器〕 移動式平行棒、肋木運動器、エアロバイク
浴室 一般浴室 機械浴室	1 室 1 室	一般浴 - 一般浴槽 1 台 機械浴 - 特殊浴槽 1 台
休養室	1 室	1 2 畳
デイ相談室	1 室	
送迎車両	2 台	1 台はリフト付き

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

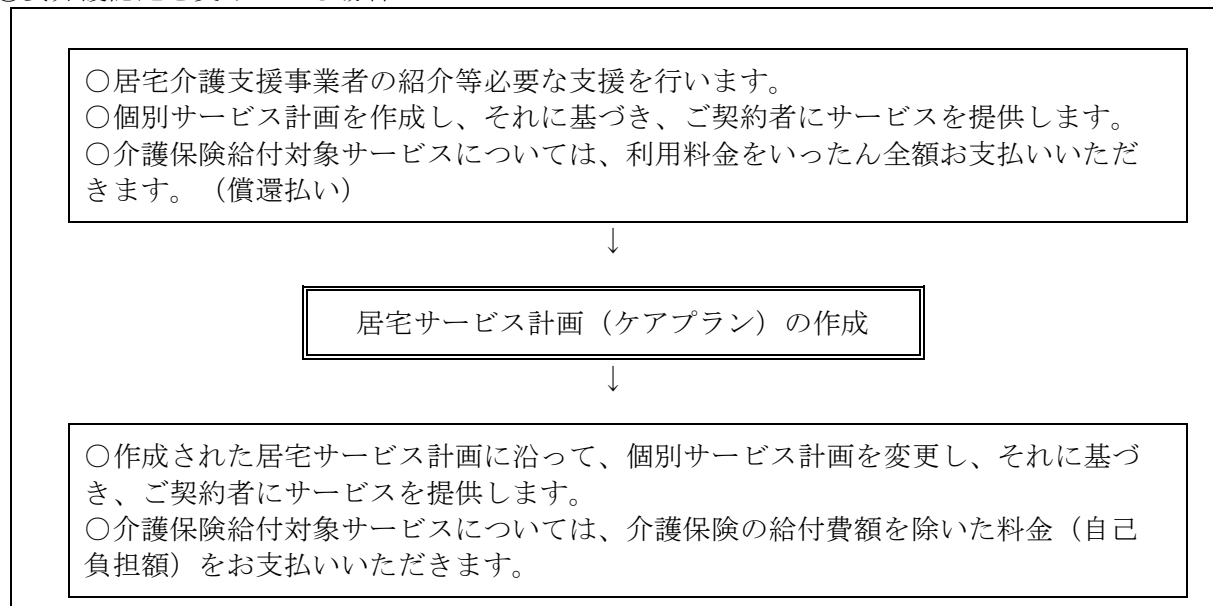
- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る介護計画（以下、「個別サービス計画」という。）に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）

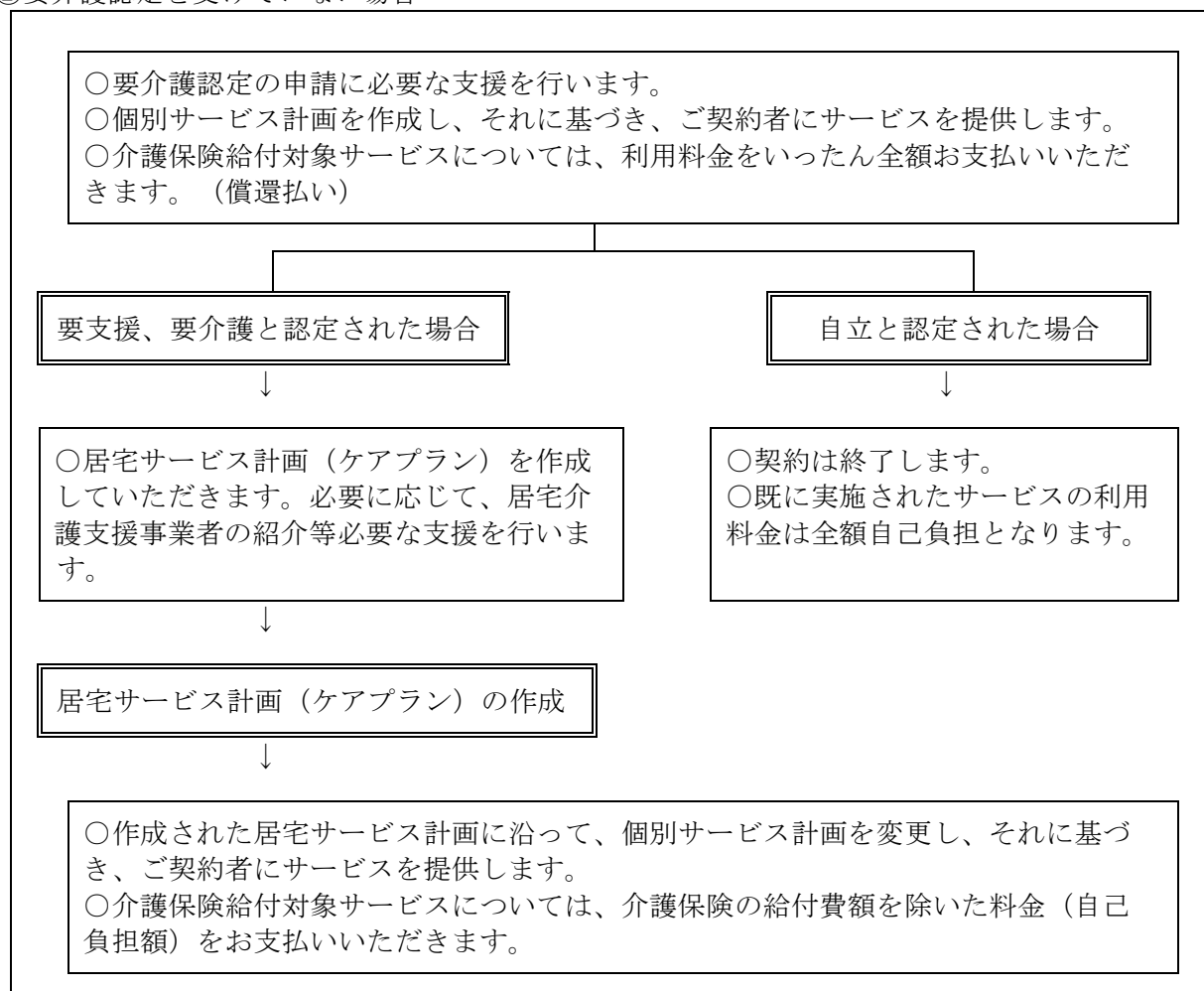


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

介護職員

- ご契約者の日常生活の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

生活相談員

- ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
- 1名の生活相談員を配置しています。

看護職員

- 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
- 1名の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員

- ご契約者の機能訓練を担当します。
- 1名の看護師を配置します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条第2項参照）

以下のサービスについては、市町村から負担割合証の交付により（7割ないし8割9割）が介護保険から給付されます。

(i) 〈サービスの概要〉

①食事

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）

昼食：12：00～13：00

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

④機能訓練

- ・ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・看護職員が、健康管理を行います。

⑥送迎

- ・自立歩行の方、車椅子の方等その特性に応じた送迎を行います。

⑦相談・援助

- ・生活相談員が相談及び助言・援助を行います。

(ii) 〈サービス利用料金（１日あたり）〉（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利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と居住費及び食費の合計金額をお支払い下さい。

（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。）

サービス利用料（地域密着型通所介護事業所）

１．ご契約者の要介護度 とサービス利用料金	要介護度 １ 7530 円	要介護度 ２ 8900 円	要介護度 ３ 10320 円	要介護度 ４ 11720 円	要介護度 ５ 13120 円
２．うち、介護保険から 給付される金額	6777 円	8010 円	9288 円	10548 円	11808 円
３．自己負担額（1-2）	753 円	890 円	1032 円	1172 円	1312 円
４．食費	600 円（昼食 550 円おやつ 50 円）				
５．サービス利用に係る 自己負担額（3+4）	1253 円	1390 円	1532 円	1672 円	1812 円

加算料金等

地域通所介護入浴介助加算（Ⅰ）	1 日	4 0 円
地域通所介護入浴介助加算（Ⅱ）	1 日	5 5 円
地域通所介護個別機能訓練加算Ⅰイ	1 日	5 6 円
地域通所介護個別機能訓練加算Ⅱ	1 月	2 0 円
地域通所介護認知症加算	1 日	6 0 円
地域通所介護若年性認知症利用者受入加算	1 日	6 0 円
地域通所介護 ADL 加算（Ⅰ）	1 月	3 0 円
地域通所介護 ADL 加算（Ⅱ）	1 月	6 0 円
地域通所介護栄養改善加算	1 回	2 0 0 円（月 2 回まで）
地域通所介護口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1 回	2 0 円（6 月に 1 回まで）
地域通所介護口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1 回	5 円（6 月に 1 回まで）
地域通所介護口腔機能向上加算（Ⅰ）	1 回	1 5 0 円 （3 月以内・月 2 回まで）
地域通所介護口腔機能向上加算（Ⅱ）	1 回	1 6 0 円 （3 月以内・月 2 回まで）
地域通所介護科学的介護推進体制加算	1 月	4 0 円
地域通所介護栄養アセスメント強化加算	1 月	5 0 円
地域通所介護サービス提供体制強化加算Ⅰ	1 日	2 2 円
地域通所介護サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 日	1 8 円
地域通所介護サービス提供体制強化加算Ⅲ	1 日	6 円
地域通所介護介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1 月利用単位数×92/1000	
地域通所介護介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1 月利用単位数×90/1000	
地域通所介護介護職員等処遇改善加算Ⅲ	1 月利用単位数×80/1000	

- 尚上記加算料金等は、施設職員配置等により、変動が生じる場合があります。
- 地域加算は施設所在地（姫路市）7 級地区のため、10.14 の 1 割ないしは 2 割 3 割負担になります。

サービス利用料（総合事業通所介護事業所）

ご契約者の要介護度	要支援 1	要支援 2
1.サービス利用料金	17980 円	36210 円
2.うち、介護保険から給付される金額	16182 円	32589 円
3.自己負担額(1-2)	1798 円	3621 円
4.食費	1日 600 円(昼食 550 円おやつ 50 円)	
5.サービス利用に係る自己負担額(3+4)	2298 円	4121 円

加算料金等

通所型独自サービス科学的介護推進体制加算	1 月	40 円
通所型独自サービス栄養アセスメント加算	1 月	50 円
通所型独自サービス口腔機能向上加算（Ⅰ）	1 回	150 円 (1月につき)
通所型独自サービス口腔機能向上加算（Ⅱ）	1 回	160 円 (1月につき)
通所型独自サービス口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1 回	20 円（6月に1回まで）
通所型独自サービス口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1 回	5 円（6月に1回まで）
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅰ1	1 月	88 円
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅰ/22	1 月	88 円
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅰ2	1 月	176 円
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅱ1	1 月	72 円
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅱ/22	1 月	72 円
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅱ2	1 月	144 円
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅲ1	1 月	24 円
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅲ/22	1 月	24 円
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅲ2	1 月	48 円
通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	1 月	利用単位数×59/1000
通所型独自サービス特定処遇改善加算Ⅰ	1 月	利用単位数×12/1000
通所型独自サービス特定処遇改善加算Ⅱ	1 月	利用単位数×10/1000
通所型独自サービスベースアップ等支援加算	1月	利用単位数×11/1000

□尚上記加算料金等は、施設職員配置等により、変動が生じる場合があります。

□地域加算は施設所在地（姫路市）7級地区のため、10.14の1割ないしは2割3割負担になります。

☆ご契約者が未だ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険から払い戻す手続きをとっていただくことになります（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

☆ご契約者に提供する食費は別途いただきます。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第５条、第１０条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

①介護保険給付の支給限度額を超えたサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、前記５（１）（ii）のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」の全額（自己負担額ではありません。また加算分は含まれます。）が必要となります。

②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をご負担いただきます。

１枚につき １０円

③食費

料金： １食あたり６００円（おやつ代含む） 昼食５５０円 おやつ代５０円

④レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活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いただきます。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第８条参照）

（３） 利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、１か月ごとに計算し、ご請求いたします。

なお支払い方法は、ご指定の預金口座からの自動引き落としでの支払いとさせていただきます。当月料金・費用は翌月の２２日に口座引き落としとなりますので、それまでにご入金のご確

認をお願いいたします。

領収書については、翌月の請求書送付時に同封させていただきます。

※各信用金庫のご口座のご準備をお願いいたします。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第9条参照）

○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又は変更、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、利用予定日の前々日までに事業者へ申し出て下さい。

○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。

利用予定日の前々日午後6時までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日午後6時までに申し出があった場合	当日の利用料金の50%
利用予定日の前日午後6時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、上表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。

(5) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

① 協力医療機関

病院の名称	厚生病院
所在地	兵庫県姫路市御立西4丁目1-25

診療科	内科	眼科	整形外科	皮膚科	心療内科
-----	----	----	------	-----	------

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。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこ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22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と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- 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当事業所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（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) 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日の7日前までに解約・解除届出書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・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ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）
- ③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約は出来ません）
- 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・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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・信用等を傷つけた場合もしくは傷つ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

(2) 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及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告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サービス等の財物・信用等を傷つけ、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もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそ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

(3) 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第 22 条参照）

本契約の一部が解約又は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。

(4) 契約の終了に伴う援助（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）

事業者は、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。事業者は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。

- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から身体状況等について聴取、確認します。
- ③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。
- ④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又は、複写物を交付します。
ただし、コピー代は有料となります。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者また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、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ご契約者への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、速やかに主治医又は当事業所医師もしくはあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑦事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）
ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、ご契約者の同意を得ます。

8. サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、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。

歯ブラシ、歯磨き粉、石鹸、タオル、衣類

その他の物品は必要の都度、相談に応じます。

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第13条、第14条参照）

○施設及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又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。

○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. 損害賠償について（契約書第 15 条、第 16 条参照）

当事業所において、事業者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。

10. 苦情の受付について（契約書第 25 条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔氏名〕 小野田 潤

〔職名〕 生活相談員

○第三者委員

〔氏名〕 藤原 修

連絡先 090-2709-1323

〔氏名〕 橋本 栄

連絡先 079-336-2209

〔氏名〕 中野 正義

連絡先 0790-32-1049

○苦情解決責任者

〔氏名〕 藤本 英毅

〔職名〕 管理者

なお、苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付ける事が出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円満に図るため双方への助言や話し合いへの立ち合いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

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 電話番号 (078) 332-5617 受付時間 9:00~17:15 月~金 (祝日及び12/29~1/3を除く)
-------------	---

姫路市 介護保険担当課	所在地 兵庫県姫路市安田４－１ 電話番号（０７９）２２１－２９２３ ＦＡＸ （０７９）２２１－２９２５ 受付時間 ８：３５～１７：２０ 月～金 (祝日及び12/29～1/3を除く)
----------------	--

説明日時

年 月 日 時 分～ 時 分

指定居宅サービス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。

事業所 夢の里地域密着型通所介護事業所

説明者職名 生活相談員 氏名

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住所

氏名

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービス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

(契約者との関係)

立会人

住所

氏名

(契約者との続柄)