

「指定通所介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(宮崎県指定 第4571800392号)

当事業所はご契約者に対して指定通所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。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実地地域及び営業時間	1
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 契約締結からサービス提供までの流れ	4
7. サービス提供における事業所の義務	5
8. サービスの利用に関する留意事項	5
9. 損害賠償について	6
10. サービスをやめる場合	6
11. 料金の支払い方法	7
12. 苦情の受付について	8

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 興愛会
- (2) 法人所在地 宮崎県西諸県郡高原町大字広原 3 8 4 5 番地 1 8
- (3) 電話番号 0 9 8 4 - 4 2 - 0 2 0 0
- (4) 代表者氏名 理事長 原田 武寛
- (5) 設立年月 平成3年3月27日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所 平成17年 6月 1日指定
宮崎県指定 第4571800392号
- (2) 事業所の目的 加齢による病気等で介護や日常生活の支援が必要となった人について、その人が持つ心身の能力を活かし、自立した日常生活が営めるように、真に必要な介護サービスを提供いたします。サービスの提供は、介護が必要な状態の軽減と悪化の防止、介護が必要な状態になってしまうことの予防という観点を基本にしながら行ないます。
- (3) 事業所の名称 夢の村デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 宮崎県西諸県郡高原町大字広原 3 8 2 1 番地 1
- (5) 電話番号 0 9 8 4 - 2 5 - 6 3 3 8
- (6) 事業所長（管理者）氏名 福丸 敬計
- (7) 当事業所の運営方針 別紙
- (8) 開設年月 平成17年6月1日
- (9) 利用定員 25人

3. 事業実地地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 高原町、小林市、都城市高崎地区、御池地区、夏尾地区

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜～土曜日（祭日も実施）午前8時30分～午後5時30分
休業日	日曜日 年末年始12月31日～1月2日
受付時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前8時30分～午後5時30分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防通所介護サービス及び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。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1名
2. 介護職員	5名
3. 生活相談員	2名
4. 看護職員	2名
5. 機能訓練指導員	1名

〈配置職員の職種〉

介護職員・・・ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。15名の利用者に対して1名、5名増えるごとに1名の介護職員を配置しています。

生活相談員・・・ご契約者に日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。2名の生活指導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。2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。（看護婦の兼務）

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間：午前8時30分～午後5時30分
2. 看護職員	勤務時間：午前8時30分～午後5時30分
3. 機能訓練指導員	勤務時間：午前8時30分～午後5時30分
4. 生活相談員	勤務時間：午前8時30分～午後5時30分

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。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |

があります。

- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。

② 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、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又はその減退を防止するための訓練を実地します。

③ 排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

④ 食事（但し、食材料費は別途頂きます。）

- ・ 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。

（食事時間）

12：00～13：00

〈サービス利用料金（1回あたり）〉（契約書第6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）をお支払い下さい。

（上記サービスの利用要金はご契約者の要介護度に応じて異なります。）

サービス種別	基本サービス			その他のサービス (加算サービス) 自己負担額	
	介護度	基準額	自己負担額		
3時間 ～4時間	要介護①	370単位	370円	①入浴 I 40単位 II 55単位	
	要介護②	423単位	423円	②個別機能訓練加算 1 イ 56単位 (56円)	
	要介護③	479単位	479円	②個別機能訓練加算 1 ロ 76単位 (76円)	
	要介護④	533単位	533円	③食事 4 8 0 円 (食材費込)	
	要介護⑤	558単位	558円	〈注〉 () は自己負担額です。	
4時間 ～5時間	要介護①	388単位	388円	※連絡帳代200円(初回時のみ)	
	要介護②	444単位	444円	④介護職員処遇改善加算Ⅳ・・・14.5%	
	要介護③	502単位	502円	⑤教養娯楽費 1 0 0 円/月	
	要介護④	560単位	560円		
	要介護⑤	617単位	617円		
5時間 ～6時間	要介護①	570単位	570円		
	要介護②	673単位	673円	各加算	単位
	要介護③	777単位	777円	科学的介護推進体制加算	40単位/月
	要介護④	880単位	880円	生活機能向上連携加算	(I)100単位/月 (II)200単位/月
	要介護⑤	984単位	984円		
6時間 ～7時間	要介護①	584単位	584円	口腔・栄養スクリーニング加算	(I)20単位/回 (II)5単位/回
	要介護②	689単位	689円		
	要介護③	796単位	796円	栄養アセスメント加算	栄養改善加算 200単位/回
	要介護④	901単位	901円	50単位/月	
	要介護⑤	1,008単位	1,008円	口腔機能向上加算	(I)150単位/回 (II)160単位/回
7時間 ～8時間	要介護①	658単位	658円		
	要介護②	777単位	777円	A D L 機能等加算	(I)30単位/月 (II)60単位/月
	要介護③	900単位	900円		
	要介護④	1,023単位	1,023円		(I)22単位 (I)18単位
	要介護⑤	1,148単位	1,148円	サービス提供体制強化加算	(II)6単位

☆送迎費は、サービス利用料金に含まれます。ただし、ご家族又は利用者が自ら送迎を行う場合など、事業所が実態として送迎を行っていない場合は、片道あたり47円減算します。

☆居宅サービス計画及び通所介護計画に、送迎時に着替えやベッドへの移乗など居宅内での介助が位置付けられた場合、その時間を30分以内を限度としてサービス提供に要した時間に含めます。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用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が介護保険から払い戻されます（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る場合、ご契約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「サービス提供証明書」を交付します。

☆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

(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6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。

〈サービスの概要と利用料金〉

① キャンセル料金

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

ご利用日の前日17時半までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日午前9時までにご連絡がなかった場合	480円

② 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やクラブ活動に参加して頂くことができます。

教養娯楽費・・・手先作業訓練で行う創作等やレクリエーションのゲームなどで使用する材料等です。

レクリエーション費・・・特別な行事の場合に実費負担していただきます。

③ 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します。

紙おむつ代：（一回につき）パット50円 リハビリパンツ100円

☆ 経済状況の著しい変化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、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

○ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護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。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

○ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業者の稼働状況により契約者の希望する期間

① 担当居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）作成の居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき通所介護計画原案を作成します。その際、身体状況の確認、希望などの情報提供をお願いします。

（1）ご契約者に対する具体的な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に基づき、契約締結に作成する「通所介護計画」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通りです。（契約書第3条参照）

② 通所介護計画は、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。書面での提示をいたします。また、担当介護支援事業所にも連絡をとり、連携を図りながら通所介護計画に基づき支援を行います。

③ 通所介護計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要望に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更のあるものに対しては変更をいたします。

④ 通所介護計画が変更された場合には、ご契約者及びその家族等に対して書面を交付してその内容を確認していただきます。

介護認定を受けていない方

介護認定の手続き、居宅サービス計画の作成をする居宅介護支援事業所<介護支援専門員（ケアマネージャー）>の紹介・案内をいたします。なお、当事業所内にも居宅介護支援事業所がございます。

7. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条、第10条参）

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、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
 - 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うえ、ご契約者から聴取、確認します。
 - ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
 - ④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、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
 - ⑤ 業者及びサービス従事者又は従業員は、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、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、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、あらかじめ文書にて、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）施設・設備の使用上の注意（契約書第11条参照）

- 施設、設備、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、営利活動を行うことはできません。

（2）喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

（3）携帯電話

事業所ホール内の携帯電話での通話をご遠慮ください。

（4）おやつ等食物の持込はできません。

9. 損害賠償について（契約書第12条、第13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時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

7 10. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2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、同じ条件で更新され、以後も同様となります。

- ① 契約者が死亡した場合、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、
 ② 要介護認定により、契約者の心身の状況が自立と判定された場合、
 ③ 事業者が解任した場合、破産した場合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。）
 (契約書第13条参照)

- 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
 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
 ④ 事業者もしくはサービス事業者が正当な理由なく本契約に定める通所介護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業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業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、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・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける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

- 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ヶ月以上遅延し、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業者もしくは他の利用者等の生命・身体・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

(3) 契約の終了に伴う援助 (契約書第15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。

1.1. 料金の支払方法 (第6条関係)

【請求書の送付】

利用料金のうち(1)介護保険給付サービス自己負担分に係る料金については1ヶ月ごとに計算し、サービスを受けた翌月15日までにご契約者並びに代理人へ請求書を送付いたします。

【料金の支払い及び支払い期日について】

① 利用料金のうち(1)介護保険給付サービス自己負担分に係る料金については、基本的にご契約者又は代理人の指定された預金(貯金)口座からの自動引落としとさせていただきます。自動引落としの期日は請求のあった月の25日となります。なお、自動引落としできない方又は振込み、窓口での支払いを希望されるご契約者(代理人)については請求のあった月の末日までにお支払い下さい。この際、各機関が指定した期日に料金の納入がされない場合、適切サービスが受けられなくなることもありますのでご注意下さい。

【料金の支払い方法】

(1) 介護保険給付サービス自己負担分に係る料金については下記の方法でお支払い下さい。

①金融機関指定口座からの自動引落とし

ご利用できる金融機関：郵便局、こばやし農業共同組合

②当事業所指定口座への振込み

金融機関名	種別	口座番号	預金口座名義
宮崎銀行小林支店	普通預金	62972	社会福祉法人 興愛会 理事長 原田 武寛
郵便局	普通預金	記号 17390 番号 16108271	シャイフクホウジソウアイ 社会福祉法人 興愛会
こばやし農業共同組合	普通預金	8283	社会福祉法人 興愛会 理事長 原田 武寛

③当事業所への直接支払

1.2. 苦情の受付について (契約書第20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 [職名] 生活相談員 高橋 えみ

毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30

○受付時間

また、苦情受付ボックスを玄関カウンターに設置しています。

高原町保険課 介護保険担当課	所在地 宮崎県西諸県郡高原町大字西麓893 電話番号 0984-44-2111 受付時間 8:30～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 宮崎県宮崎市下原町231-1 電話番号 0985-25-4901 受付時間 8:30～17:00
宮崎県社会福祉協議会	所在地 宮崎県宮崎市原町2-22 電話番号 0985-22-3125 受付時間 8:30～17:00

印

令和 年 月 日

指定通所介護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。

夢の村デイサービス 氏名

説明者

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

印

利用者 住所

氏名

氏名

契約代理人 住所

印

氏名

代理人 住所

氏名

氏名