

こぶしの里指定地域密着型通所介護サービス

重要事項説明書

当事業所は香美町の指定を受けています。

当事業者は、ご契約者に対して「こぶしの里通所介護事業所」による「指定地域密着型通所介護サービス」を提供します。

事業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します。

1. 当事業所経営法人について

法人名	社会福祉法人 みかたこぶしの里		
法人所在地	兵庫県美方郡香美町小代区神水638番地		
電話番号	0796-97-2725	FAX番号	0796-97-2967
代表者氏名	理事長 邊見 豊		
設立年月日	平成 元 年 3 月 1 日		
ホームページアドレス	http://kobushinosato.jp/		
併設事業	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホームこぶし園)		
	短期入所生活介護 (こぶし園短期入所生活介護施設)		
	居宅介護支援事業 (こぶしの里居宅介護支援事業所)		
	通所介護事業 (こぶしの里通所介護事業所)		
	生活支援ハウス事業 (香美町小代生活支援ハウスこぶしの里)		

2. サービスを提供する事業所について

(1) 事業所について

介護保険指定	平成12年 4 月 1 日 第2874700194号
事業所名・所在地	こぶしの里通所介護事業所 美方郡香美町小代区神水595番地2
定員・事業の実施範囲	定員：18名 通常事業の実施範囲：美方郡香美町小代区・村岡区
営業日及び営業時間	毎週 月曜日 から 金曜日 / 9時00分 ~ 17時00分 ただし、12月29日から1月3日は休業

□ 事業所への交通機関

JR八鹿駅から全但バス秋岡行「小代物産館」下車、西へ徒歩5分

(2) 事業の運営方針

「安心して歳を重ねたい……」この思いは人間らしく老いるために誰しも達成したい共通の願いです。この願いを可能な限り保障するために、① ノーマライゼーションの確立、② 人権の保障、③ 生きがいの創造、の三つの基本理念を掲げ、その具現化に努めます。

3. 職員の配置状況について

当事業所では、ご契約者に対して指定地域密着型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。

(1) 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	常勤換算	指定基準
1. 管理者	デイサービス いそうの花兼務	1 名
2. 生活相談員	1 名	1 名
3. 機能訓練員	看護員兼務	1 名
4. 介護員	3 名	2 名
5. 看護員	1 名	1 名

(2) 勤務体制

1. 生活相談員	毎週 月曜日 から 金曜日	8:30 ~ 17:30	1 名
2. 介護職員	毎週 月曜日 から 金曜日	8:30 ~ 17:30	3 名
3. 看護職員	毎週 月曜日 から 金曜日	8:30 ~ 17:30	1 名

(3) 職員の配置状況《職種》について

(1) 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。
(2) 機能訓練員	ご契約者の機能訓練を担当します。
(3) 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。
(4) 看護職員	ご契約者の健康管理や療養上の支援を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。

4. 契約締結からサービス提供までの流れについて

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（以下「ケアプラン」という）がある場合はその内容を踏まえて、更に契約締結後に作成する個別サービス計画（以下「通所介護計画」という。）で定めます。

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。

- (1) 当事業所の相談員が通所介護計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当します。
- (2) その担当者は通所介護計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。
- (3) 通所介護計画は、ケアプランが変更された場合、もしくは心身の状態に変化が生じた場合、またご契約者及びその家族等の要請に応じて変更の必要がある場合等、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等の希望を基に、通所介護計画を変更します。
- (4) 通所介護計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金について

□ 当事業所では、ご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供します。

□ 利用料金について

- (1) 利用料金は、介護保険から通常9割が給付されて自己負担は1割ですが、一定以上の所得者は2割、又は3割負担になります。
- (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。

□ 介護保険の給付の対象となるサービス

① 食 事

* 当事業所では、栄養士の立てる献立表による食事提供及び介助が必要なご契約者に対して介助を行います。嚥下が困難な場合には、とろみやきざみ等での食事を提供します。

※ 食材料費として、1食につき、810円をご負担いただきます。

※ 食事時間： 昼食 12時00分

② 入 浴

* 入浴の介助や清拭、洗髪の介助及び見守りの支援を行います。

③ 排せつ

* 排泄の自立を大切にして、ご契約者の身体能力を最大限に活用した支援を行います。

④ 機能訓練

* 機能訓練員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活上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支援します。

⑤ 健康管理

* 看護職員が、健康管理について支援します。

□ 指定地域密着型通所介護サービスの利用契約締結前に、ご契約者の健康状態や感染症等に関する健康診断を受けていただき、その診断書をお願いする場合があります。このような時には、ご協力をお願いいたします。

こぶしの里指定地域密着型通所介護サービス利用料金表 《地域密着型通所介護事業所》

	サービス利用料金（1回あたり） 単位：円							
	サービス 利用料金	自己負担額			食材料費 自己負担額	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		1割の場合 の合計	2割の場合 の合計	3割の場合 の合計
要介護1	7,530	753	1,506	2,259	810	1,563	2,316	3,069
要介護2	8,900	890	1,780	2,670		1,700	2,590	3,480
要介護3	10,320	1,032	2,064	3,096		1,842	2,874	3,906
要介護4	11,720	1,172	2,344	3,516		1,982	3,154	4,326
要介護5	13,120	1,312	2,624	3,936		2,122	3,434	4,746

上記のサービス利用料金に加えて、次の加算に該当する場合は、加算料金をお支払いいただきます。

* 入浴介助加算（Ⅰ）

入浴中の利用者の見守りや介助を行なう場合、一日あたりの施設サービス利用料金は400円（自己負担額は、負担割合1割の場合40円、2割の場合80円、3割の場合120円）の加算となります。

* サービス提供体制強化加算（Ⅰ または Ⅱ もしくは Ⅲ に該当する場合）

Ⅰ 介護職員の総数のうち、介護福祉士70%以上 または 勤続10年以上の介護福祉士25%以上を配置している場合、一日あたりの施設サービス利用料金は220円（自己負担額は、負担割合1割の場合22円、2割の場合44円、3割の場合66円）の加算となります。

Ⅱ 介護職員の総数のうち、介護福祉士50%以上を配置している場合、一日あたりの施設サービス利用料金は180円（自己負担額は、負担割合1割の場合18円、2割の場合36円、3割の場合54円）の加算となります。

- Ⅲ 介護職員の総数のうち、介護福祉士配置40%以上 または 勤続7年以上の介護福祉士30%以上を配置している場合、一日あたりの施設サービス利用料金は60円（自己負担額は、負担割合1割の場合6円、2割の場合12円、3割の場合18円）の加算となります。

*** 個別機能訓練加算**

(1) 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ

常勤専従の機能訓練指導員を1名以上配置し、利用者に対して「個別機能訓練計画書」を作成するとともに、その計画に基づいて機能訓練を実施し、効果や実施方法を評価するとともに、利用者の居宅を訪問して生活状況を確認するとともに、個別機能訓練計画の進捗状況を説明し、必要に応じて見直し等を行う等の取り組みにより、一日あたりの施設サービス利用料金は560円（自己負担額は、負担割合1割の場合56円、2割の場合112円、3割の場合168円）の加算となります。

(2) 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ

上記に加え、専従の機能訓練指導員を1名以上配置し、2名配置した時間帯に機能訓練を受けた場合、一日あたりの施設サービス利用料金は760円（自己負担額は、負担割合1割の場合76円、2割の場合152円、3割の場合228円）の加算となります。

(3) 個別機能訓練加算（Ⅱ）

上記に加え、利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合、1月につき200円（自己負担額は、負担割合1割の場合20円、2割の場合40円、3割の場合60円）の加算となります。

*** 口腔機能向上加算**

(1) 口腔機能向上加算（Ⅰ）

利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に口腔清掃や、摂食・嚥下機能に関する訓練等を行い、利用者の心身の状態の維持・向上に資すると認められるサービスを実施した場合、3か月以内に限り、1月に2回を限度として1回1,500円（自己負担額は、負担割合1割の場合150円、2割の場合300円、3割の場合450円）の加算となります。

なお、3か月毎の評価の結果、口腔機能向上サービスの継続が必要と認められた場合、引き続き算定することができます。

(2) 口腔機能向上加算（Ⅱ）

上記に加え、利用者ごとの口腔機能改善管理計画等の内容を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合、3か月以内に限り、1月に2回を限度として1回1,600円（自己負担額は、負担割合1割の場合160円、2割の場合320円、3割の場合480円）の加算となります。

*** 科学的介護推進体制加算**

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、必要に応じ通所介護サービス計画を見直す等、当該情報を通所介護サービスの提供に有効に活用している場合、1月につき400円（自己負担額は、負担割合1割の場合40円、2割の場合80円、3割の場合120円）の加算となります。

*** 介護職員等処遇改善加算**

(1) 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ

要介護度別サービス利用料金に加算を加えた自己負担額合計の12.7%の金額が加算となります。（自己負担額1円未満四捨五入）

□ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。

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》。
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。

6. 介護保険の給付対象とならないサービスについて

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 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の複写物を必要とする場合には施設が負担すべき複写物を除き、実費相当分として下記の金額をご負担いただきます。 * 1枚につき10円

② 契約者への食事の提供

《利用料金》 1食あたり 810円

7. 料金の支払い時期と支払い方法について

(1) 利用料、その他の費用の請求

1. 利用料、その他の費用は、利用者負担がある場合に、利用の月毎にその合計金額を請求いたします。
2. 請求書は、利用明細を添えて、利用のあったその都度、若しくは利用のあった月の翌月10日までに、利用者宛にお届けします。

(2) 利用料、その他の費用の支払い

1. 請求書を受け取られましたら、お渡しする利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の20日までに、次の何れかの方法によりお支払いください。

□ 指定口座への振り込みによる方法

金融機関	但馬信用金庫 美方支店
口座名	こぶしの里通所介護事業所
口座番号	普通預金 0328518

□ ご契約者指定口座からの自動振替による方法

但馬信用金庫美方支店・たじま農業協同組合美方支店の何れかで、ご契約者の指定口座により自動振替の手続きをいただきました場合は、振替手数料は事業者で負担します。

□ 現金払いによる方法

こぶし園の事務所へお願いします。

2. お支払いを確認しましたら領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

8. サービス利用の中止・変更・追加について

- (1) 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、利用予定の前々日までに申し出てください。
- (2) 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、取消料として次の料金をお支払いいただく場合があります。

ただし、ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合には、この限りではありません。

	取 消 料
* 利用予定日の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なかった場合	当日の利用料金の50%
* 利用予定日の当日に申し出があった場合	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、上表の区分に従い要介護度に基づくサービス利用料金の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を提供できない場合、他の利用可能期間または日時をご契約者に提示して協議します。

9. 契約の終了（サービス利用をやめる場合）について

（1）契約の終了

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1年間（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。

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当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. ご契約者から解約また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。》

（2）ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間内であっても、ご契約者から利用契約の全部また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「解約申出書」をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約の全部または一部を解約・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. 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（この場合の一部解除はできません。）
4. ご契約者のケアプランが変更された場合（この場合の一部解除はできません。）
5. 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
6. 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
7. 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、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
8. 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

（3）事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、契約の全部また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、ま

たは不実の告知を行い、その結果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、文書による支払い催告を行ったにもかかわらず、催促の日から14日以内にその支払いがなかった場合
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恐れがあったり、或いは、契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

(4) 契約の一部が解約または解除された場合

契約の一部が解約また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。

(5) 事業者からの契約解除の申し出

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、必要な支援を行うよう努めます。

10. サービス提供における事業者の義務について

当施設は、ご契約者に対してサービス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、ご契約者から聴取、確認を行います。
- (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を受け、必要に応じて複写物を交付します。
ただし、複写費用については、重要事項説明記載の複写代をいただく場合があります。
- (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。
- (6) ご契約者の人権擁護・虐待防止のために、虐待防止責任者を選定し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (7) 事故発生を防止するための委員会を開催し、また、事故防止責任者を選定し職員に対して定期的かつ適切に研修を実施しています。
- (8) ご契約者と施設の衛生管理に努めるとともに、感染症が発生し、又はまん延しないように、その対策を検討する委員会を設置し、定期的に研修を実施しています。
- (9) 職場においてハラスメントを防止するための方針を明確化し、必要な措置を講じています。
- (10) ご契約者へのサービスの提供時において、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、速やかに主治医また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。
- (11) 事業者及びサービス提供に関係する職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者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に限り提供します。

また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご契

約者の同意を得て行います。

1 1. サービス利用に関する留意事項について

当事業所施設のご利用にあたって、下記の事項についてのご理解をお願いします。

(1) 施設・設備の使用上の留意点について

1. 施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
2. 故意に、またはご契約者の責に帰する不注意により、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、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
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。

(2) 喫煙について

施設内での喫煙については、火気の安全に配慮し、指定の場所以外ではお断りします。ご協力ください。

1 2. 損害賠償について

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。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合、またご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。

1 3. 苦情の受付について

(1) ご契約者からの相談または苦情等は次の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（職名 担当者） 施設長 山根 直美 事務長 小谷 勝義
- 受付時間 毎週月曜日から金曜日 8時30分から17時30分
- 受付の方法 ① 電話による受付 0796-97-2725
② ファックスによる受付 0796-97-2967
③ メールによる受付 kobushien@iris.eonet.ne.jp

(2) 行政機関その他苦情受付機関

1. 国民健康保険団体連合会

所在地	兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1802号
電話番号	078-332-5617
ファックス番号	078-332-5650
受付時間	毎週月曜日から金曜日 9時00分から17時15分

2. 香美町役場 福祉課 介護保険係

所在地	兵庫県美方郡香美町香住区香住870番地の1
電話番号	0796-36-4345

ファックス番号	0796—36—3809
受付時間	毎週月曜日から金曜日 8時30分から17時15分

3. 第三者サービス評価委員

当法人では、第三者サービス評価委員を設置し、3名の方に委嘱しています。各委員に対し、直接または電話でご相談下さい。

氏 名	住 所	電 話 番 号
上 田 啓 子	兵庫県美方郡香美町小代区佐坊185	0796(80)1033
北 村 ひろみ	兵庫県美方郡香美町村岡区長瀬208	0796(95)1121
伍々 博一	兵庫県美方郡香美町小代区新屋693	0796(97)2867

14. 重要事項を説明した年月日等について

この重要事項説明書の説明年月日及び場所

説明年月日	令和 年 月 日 時 分
説 明 場 所	

こぶしの里指定地域密着型通所介護サービスの提供開始にあたり、ご契約者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

《事業者》所在地 兵庫県美方郡香美町小代区神水638番地
 名 称 社会福祉法人みかたこぶしの里
 代表者 理事長 邊 見 豊

《説明者》所 属 社会福祉法人みかたこぶしの里
 職 種 相談員
 氏 名 上田 春代

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、こぶしの里指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

《 契 約 者 》 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

【署名代行者を選定した場合】

《署名代行者》 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

(契約者との関係： _____)

【身元引受人を選定した場合】

《身元引受人》 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

(契約者との関係： _____)

【身元引受人を選定した場合】

《身元引受人》 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

(契約者との関係： _____)