

自立援助通所型サービス 重要事項説明書

当事業所は香美町介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けています。

当事業者は、ご契約者に対して自立援助通所型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。

※ 当サービスの利用は、原則として「要支援」と認定された方が対象となります。
要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

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	https://kobushinosato.jp		

2. 事業所の概要について

事業の種類	指定自立援助通所型サービス事業所 平成28年4月1日指定		
事業の目的	指定自立援助通所型サービス事業所は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）の心身機能の維持並びに社会的交流を支援し、また利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的に、要支援状態にある高齢者に対し、必要な共用施設等をご利用いただき、通所介護サービスを提供します。		
事業所の名称	デイサービス いそうの花		
事業所の所在地	兵庫県美方郡香美町村岡区川会13番地1		
《交通機関》	JR八鹿駅から全但バス「秋岡」又は「香住」行 「川会」下車バス停前		
電話番号	0796 (95) 0393	FAX番号	0796 (99) 5364
施設長氏名	村尾 伴 樹		
Eメールアドレス	hana-sora@oboe.ocn.ne.jp		
施設運営方針	「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。		
開設年月日	平成16年4月1日		
定 員	1日あたり 18名		
事業の実施範囲	美方郡香美町村岡区 並びに 小代区		
営業日及び営業時間	毎週 月から金曜日 8時45分 から 16時00分 ただし、12月29日から1月3日は休業		

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「自立援助通所型サービス」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。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	員数	業 務 内 容	勤 務 体 制
施 設 長	1名	事業運営を統括します。	毎週 月曜日 から 金曜日 8時15分から17時15分
管 理 者	1名	職員に必要な指揮命令を行い、その他業務の管理を行います。	
生活相談員	2名	利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。	
介 護 員	2名以上	利用者の日常生活上の援助を担当します。	
看 護 員	2名以上	利用者の健康管理上の支援を行います。 また、機能訓練等も担当します。	
機能訓練員	1名	個別機能訓練計画書に基づき、機能訓練を行います。	

4. 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、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。
- また、それぞれのサービスについては、
 - (1) 利用料金が介護予防・日常生活支援総合事業から支給される場合
 - (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。
- 介護予防・日常生活支援総合事業の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（7割から9割）が介護予防・日常生活支援総合事業から支給されます。

☆ 選択サービスについては利用者ごとの選択性となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、介護予防サービス計画（ケアプラン）に沿い、事業者と利用者で協議したうえで自立援助通所型サービス計画に定めます。

《サービスの概要》

☆ 共通的服务

- * 契約者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排せつなどの必要な介助を行います。

①食 事

- * 栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

※ 食事時間 昼食 12:00 ～

②送迎サービス

- * ご契約者の希望により、ご自宅と事業者間の送迎サービスを行います。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

☆ 選択的サービス

口腔機能向上サービス

- * 看護職員等により、ご契約者の口腔機能の状態に応じて、口腔機能改善管理計画を作成し、口腔清潔、摂食・嚥下機能の向上等を図るためのサービスを実施します。

《サービスの利用頻度》

- ☆ 利用する曜日や内容等については、介護予防サービス計画（ケアプラン）に沿いながら、ご契約者と協議のうえ決定し、自立援助通所型サービス計画に定めます。

ただし、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画（ケアプラン）に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

- 「自立援助通所型サービス」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、その診断書を願います場合があります。

このような時には、ご協力をお願いします。

5. サービスの利用料金について（1 割負担の場合）

☆ 基本サービス

	サービス利用料金表（送迎加算を包括／月あたり） 単位：円	
	要支援 1	要支援 2
① ご契約者の要介護度とサービス利用料金	17,980	36,210
②うち、介護予防・日常生活支援総合事業から支給される金額	16,182	32,589
③ サービス利用に係る自己負担額 (①-②)	1,798	3,621
④食事等に係る自己負担額	810 (昼食食費・おやつ代を含む)	
⑤自己負担額合計 (③+④)	*月額は、③ + 利用回数分の昼食費を加えます。	

☆ 選択的サービス

※ 選択的サービスを利用される場合には、それぞれ以下の料金が上記に加算されます。

加算対象サービスの内容	サービス利用料金表（月あたり） 単位：円	
	口腔機能向上加算	
	I	II
①ご契約者の要介護度とサービス利用料金	1,500	1,600
②うち、介護予防・日常生活支援総合事業から支給される金額	1,350	1,440
③サービス利用に係る自己負担額 (①-②)	150	160

* 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）

- 介護職員の総数のうち、介護福祉士を70%以上配置、または介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士を25%以上配置している場合、加算の対象となります。
- 介護職員の総数のうち、介護福祉士を50%以上配置している場合、加算の対象となります。
- 介護職員の総数のうち、介護福祉士を40%以上配置、または介護職員の総数のうち勤続7年以上の勤務年数職員を30%以上配置している場合、加算の対象となります。

加算対象サービスの内容	サービス利用料金表（月あたり）						単位：円
	サービス提供体制強化加算						
	Ⅰ		Ⅱ		Ⅲ		
	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	
①ご契約者の要介護度とサービス利用料金	880	1,760	720	1,440	240	480	
②うち、介護予防・日常生活支援総合事業から支給される金額	792	1,584	648	1,296	216	432	
③サービス利用に係る自己負担額（①－②）	88	176	72	144	24	48	

＊ 科学的介護推進体制加算

利用者毎の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けてサービス計画の見直しやサービスを有効に提供するために情報を活用している場合、加算の対象となります。

加算対象サービスの内容	サービス利用料金表（月あたり）	単位：円
	科学的介護推進体制加算	
①ご契約者のサービス利用料金	400	
②うち、介護予防・日常生活支援総合事業から支給される金額	360	
③サービス利用に係る自己負担額（①－②）	40	

☆ 介護職員等処遇改善加算

自己負担合計額（昼食費を除く）に12.7%相当の介護職員等処遇改善加算が別途加わります。

※ ご契約者がまだ要支援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。要支援認定を受けた後、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、介護予防サービス計画（ケアプラン）が作成されていない場合も償還払いとなります。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。

※ 介護予防・日常生活支援総合事業からの支給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、サービス利用料金表と異なる場合があります。

6. 総合事業の支給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介護予防・日常生活支援総合事業の支給限度額を超える自立援助通所型サービスの利用

介護予防・日常生活支援総合事業の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

②食事の提供にかかる費用

ご契約者への食事提供（おやつを含む）に係る費用です。

＊ 料 金 1食あたり 810円

③レクリエーション及び日常生活上必要となる諸費用実費

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

＊ 利用料金 材料代等の必要な経費について、ご了解のもとにご負担をいただきます。

④日常生活上必要となる諸費用

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いただきます。

⑤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

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日頃までに、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、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	但馬銀行 村岡支店
口座名	社会福祉法人みかたこぶしの里 デイサービスいそうの花 理事長 邊 見 豊
口座番号	普通預金 7106538

☐ ご契約者指定口座からの自動振替による方法

たじま農業協同組合村岡支店・但馬銀行村岡支店の何れかで、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、振替手数料を事業者で負担します。

☐ 現金払いによる方法

「デイサービスいそうの花」事業所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) 月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画(ケアプラン)

に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

- (3) 契約者の体調不良や状態の改善等により、自立援助通所型サービス計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は自立援助通所型サービス計画に定めた期日よりも利用が多かった場合であっても、日割りでの割り引き又は増額はしません。
- (4) ご契約者の状態の変化等により、自立援助通所型サービス計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、地域包括支援センターと調整の上、介護予防サービス計画（ケアプラン）の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等、必要な支援を行います。
- (5) 月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり、月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。
 - ① 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
 - ② 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
 - ③ 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- (6) 月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。
- (7) サービス利用の変更の申し出に対して、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態が「自立」と判定された場合
- 3. 事業者が解散した場合、破産した場合また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. 当事業所が香美町介護予防・日常生活支援総合事業の指定を取り消された場合また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. 総合事業支給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「介護予防サービス計画（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また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
- 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箇月以上遅延し、文書による支払い催告を行ったにもかかわらず、催告の日から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) 契約終了時の援助

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。

10. サービス提供における事業者の義務について

当事業所は、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、医療機関（主治医）または看護職員と連携のうえ、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、実費相当分として1枚につき10円をご負担いただきます。
- (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。
- (7) 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支援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

当事業所のご利用にあたって、共用の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項についてのご理解をお願いします。

1. 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。
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、ご契約者の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。
4. 施設内での喫煙については、火気の安全に配慮し、施設指定スペース以外での喫煙はお断りします。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、ご契約者に故意また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 村尾 伴樹 相談員 小林 眞理
- 受付時間 毎週月曜日から金曜日 9時00分 から 17時15分
- 受付方法 ①電話番号 0796 (95) 0393
②FAX番号 0796 (99) 5364
③Eメールアドレス hana-sora@oboe.ocn.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
F A X 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
F A X 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

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
説明場所	

自立援助通所型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 デイサービス いそうの花
 職 種 相談員
 氏 名 小 林 眞 理

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、自立援助通所型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 _____
 (利用者)
 氏 名 _____ (印)

【署名代行者を選定した場合】

《署名代行者》 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)

(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 _____ (印)

(契約者との関係：)

デイサービスいそうの花 重要事項説明書

当事業者は介護保険の指定を受けています。
《香美町指定 第2874700293号》

当事業者は、ご契約者に対して居宅介護サービスとして「デイサービスいそうの花通所介護サービス」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	https://kobushinosato.jp		

2. 事業所の概要について

事業の種類	指定地域密着型通所介護事業所 平成28年4月1日指定		
事業の目的	指定地域密着型通所介護事業所は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）の心身機能の維持並びに社会的交流を支援し、また利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的に、要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、必要な共用施設等をご利用いただき、通所介護サービスを提供します。		
事業所の名称	デイサービス いそうの花		
事業所の所在地	兵庫県美方郡香美町村岡区川会13番地1		
《交通機関》	JR八鹿駅から全但バス「秋岡」又は「香住」行 「川会」下車バス停前		
電話番号	0796(95)0393	FAX番号	0796(99)5364
Eメールアドレス	hana-sora@oboe.ocn.ne.jp		
施設長氏名	村 尾 伴 樹		
施設運営方針	「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。		
開設年月日	平成16年4月1日		
定 員	1日あたり 18名		
事業の実施範囲	美方郡香美町村岡区 並びに 小代区		
営業日及び営業時間	毎週 月 から 金 曜日 8時45分 から 16時00分 ただし、12月29日から1月3日は休業		

3. 職員の配置状況について

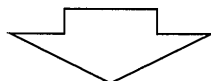
当事業所では、ご契約者に対して「通所介護サービス」を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	員 数	業 務 内 容	勤 務 体 制
施 設 長	1名	事業運営を統括します。	毎週 月曜日 から 金曜日 8時15分から17時15分
管 理 者	1名	職員に必要な指揮命令を行い、その他業務の管理を行います。	
生活相談員	2名	利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。	
介 護 員	2名以上	利用者の日常生活上の援助を担当します。	
看 護 員	2名以上	利用者の健康管理上の支援を行います。 また、機能訓練等も担当します。	
機能訓練員	1名	個別機能訓練計画書に基づき、機能訓練を行います。	

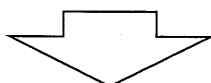
4. 契約締結からサービス提供までの流れについて

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。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て、更に契約締結後に作成する地域密着型通所介護サービスに係る介護計画（以下「個別サービス計画」という。）で定めます。

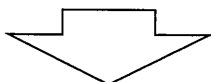
- (1) 当事業所の担当者が、個別サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を行います。



- (2) その担当者は個別サービス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) 認定期間中に1回、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、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合には、ご契約者及びその家族等の希望を基に、個別サービス計画を変更します。



- (4) 個別サービス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、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

①食 事

＊ 栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

※ 食事時間 昼食 12:00 ～

②入 浴

＊ 身体の状況により入浴または清拭など、その必要に応じて提供します。

③排 せ つ

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

④機能訓練

＊ 機能訓練員、または看護員（機能訓練担当）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。

⑥その他自立への支援

＊ 生活のリズムに配慮し、整容をはじめ清潔で快適な生活が送れるよう支援します。

※ 「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、ご協力をお願いします。

□ サービスの利用料金について（1 割負担の場合）

☆ 基本サービス

	サービス利用料金表（送迎加算を包括/1回あたり）					単位：円
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
①ご契約者の要介護度とサービス利用料金	7,530	8,900	10,320	11,720	13,120	
②うち、介護保険から給付される金額	6,777	8,010	9,288	10,548	11,808	
③サービス利用に係る自己負担額（①－②）	753	890	1,032	1,172	1,312	
④食事等に係る自己負担額	810（昼食食費・おやつ代を含む）					
⑤自己負担額合計（③＋④）	1,563	1,700	1,842	1,982	2,122	

※ 上記の料金は「7時間以上8時間未満」の場合です。なお、「8時間以上9時間未満」の場合の料金については、ご契約者及びその家族等に対して説明し、その内容を確認していただきます。

☆ 選択的サービス

※ 選択的サービス利用される場合には、それぞれ以下の料金が上記に加算されます。

加算対象サービスの内容	サービス利用料金表（1回あたり）						単位：円
	入浴加算Ⅰ	個別機能訓練加算			口腔機能向上加算		
		Ⅰイ	Ⅰロ	Ⅱ（1月あたり）	Ⅰ	Ⅱ	
①ご契約者のサービス利用料金	400	560	760	200	1,500	1,600	
②うち、介護保険から給付される金額	360	504	684	180	1,350	1,440	
③サービス利用に係る自己負担額（①－②）	40	56	76	20	150	160	

☆ サービス提供体制にかかる加算

加算対象サービスの内容	サービス利用料金表（1回あたり）						単位：円
	認知症 加算	中重度者 ケア体制加算	サービス提供体制強化加算			科学的介護 推進体制加算 （1月あたり）	ADL維持等 加算
			I	II	III		
①ご契約者のサービス利用 料金	600	450	220	180	60	400	300
②うち、介護保険から給付 される金額	540	405	198	162	54	360	270
③サービス利用に係る自己 負担額（①－②）	60	45	22	18	6	40	30

※ 「認知症加算」及び「中重度者ケア体制加算」は、指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2名以上確保していることが要件となります。

＊ 認知症加算

前年度又は算定日が属する月の前3箇月間の利用者総数のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が100分の20以上であり、サービス提供時間帯を通じて、認知症介護実践者研修等の修了者を1名以上配置している場合、加算の対象となります。

＊ 中重度者ケア体制加算

前年度又は算定日が属する月の前3箇月間の利用者総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であり、通所介護が行うサービス提供時間帯を通じて、看護職員を1名以上配置している場合、加算の対象となります。

＊ 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）

- 介護職員の総数のうち、介護福祉士を70%以上配置、または介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士を25%以上配置している場合、加算の対象となります。
- 介護職員の総数のうち、介護福祉士を50%以上配置している場合、加算の対象となります。
- 介護職員の総数のうち、介護福祉士を40%以上配置、または介護職員の総数のうち勤続7年以上の勤務年数職員を30%以上配置している場合、加算の対象となります。

＊ 科学的介護推進体制加算

利用者毎の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けてサービス計画の見直しやサービスを有効に提供するために情報を活用している場合、加算の対象となります。

＊ ADL 維持等加算

食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールについて、1年間の評価対象期間中に自立度を評価し、その結果を厚生労働省へ提出します。これにより、事業所の自立支援への取り組みが客観的に評価され、加算の対象となります。

☆ 介護職員等処遇改善加算

自己負担合計額（昼食費を除く）に12.7%相当の介護職員等処遇改善加算が別途加わります。

※ 自己負担額については、各利用者の負担割合証に記載された割合に応じた額となります。

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

ます。要介護認定を受けた後、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、サービス利用料金表と異なることがあります。

6. 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日頃までに、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、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	但馬銀行 村岡支店
□ 座 名	社会福祉法人みかたこぶしの里 デイサービスいそうの花 理事長 邊 見 豊
□ 座 番 号	普通預金 7106538

□ ご契約者指定口座からの自動振替による方法

たじま農業協同組合村岡支店・但馬銀行村岡支店の何れかで、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、振替手数料を事業者で負担します。

□ 現金払いによる方法

「デイサービスいそうの花」事業所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。

7. 協力医療・歯科医療機関について

次の医院・歯科診療所を協力医療機関としてお願いしています。

ただし、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

医療機関の名称	村瀬医院
所 在 地	兵庫県美方郡香美町村岡区村岡348番地1
診 療 科	内科、外科、整形外科、放射線科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	香美町国民健康保険大谷診療所歯科
所 在 地	兵庫県美方郡香美町小代区城山301番地

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、サービス利用料金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、ご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態が「自立」と判定された場合
3. 事業者が解散した場合、破産した場合また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また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「居宅サービス計画（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また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
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箇月以上遅延し、文書による支払い催告を行ったにもかかわらず、催告の日から14日以内にその支払いがなかった場合
3. ご契約者が、故意または重大な過失により事業者また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、また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) 契約終了時の援助

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。

10. サービス提供における事業者の義務について

当事業所は、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、医療機関（主治医）または看護職員と連携のうえ、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、実費相当分として1枚につき10円をご負担いただきます。
- (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。
- (7) 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支援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

当事業所のご利用にあたって、共用の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項についてのご理解をお願いします。

1. 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。
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、ご契約者の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。
4. 施設内での喫煙については、火気の安全に配慮し、施設指定スペース以外での喫煙はお断りします。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、ご契約者に故意また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 村尾 伴樹 相談員 小林 眞理
- 受付時間 毎週月曜日から金曜日 9時00分 から 17時15分
- 受付方法 ①電話番号 0796 (95) 0393
 ②FAX番号 0796 (99) 5364
 ③Eメールアドレス hana-sora@oboe.ocn.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
F A X 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
F A X 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

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
説明場所	

デイサービスいそうの花「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 デイサービス いそうの花
職 種 相談員
氏 名 小 林 眞 理

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、デイサービスいそうの花「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 _____
(利用者)
氏 名 _____ (印)

【署名代行者を選定した場合】
《署名代行者》 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

(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 _____ (印)

(契約者との関係：)

グループホーム むらおかの空 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
《香美町指定 第2874700285号》

当施設はご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービスおよび短期利用共同生活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	https:// kobushinosato.jp		

2. 事業所の概要について

事業の種類	指定認知症対応型共同生活介護事業所 平成16年4月1日指定 短期利用共同生活介護事業所 平成19年5月1日指定
事業の目的	指定認知症対応型共同生活介護事業所は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が共同生活住居において、家庭的な環境の下で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、日常生活を営むため必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、認知症対応型共同生活介護サービスおよび短期利用共同生活介護サービスを提供します。
事業所の名称	グループホーム むらおかの空
事業所の所在地	兵庫県美方郡香美町村岡区川会13番地1
《交通機関》	JR八鹿駅から全但バス「秋岡」又は「香住」行 「川会」下車バス停前
電 話 番 号	0796(99)5363 FAX番号 0796(99)5364
Eメールアドレス	hana-sora@oboe.ocn.ne.jp
管理者氏名	村 尾 伴 樹 （施設長）
施設運営方針	「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も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。
開設年月日	平成16年4月1日
入 所 定 員	18名
利用対象となる方の概ねの状態	* 食事・排せつ・入浴・歩行等の生活行為を、見守りまたは一部介助により行える程度の身体状況である方 * 共同生活住居での生活によって、認知症に伴う生活障がいが緩和されると考えられる方 * 共同生活に著しい影響を受けるなどの行動・心理症状が見られない方 * 認知症の原因となる症状が急性の状態にない方

3. 居室の概要について

(1) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として個室です。ただし、ご契約者及びご家族の同意の上で、援助が必要と認められる場合には、2人居室にすることがあります。

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室（1人部屋）	18室	板間18室
食堂兼居間	2箇所	
台 所	2箇所	
浴室・脱衣室	2箇所	《設備》リフト付介護浴槽、一般入浴
洗濯室	2箇所	
物干し場	2箇所	
トイレ	4箇所	
収納庫	5箇所	

(2) 居室の変更について

ご契約者の居室については、居室の空き状況及び全体の状況を勘案して決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

(3) 居室内の設備について

1. トイレの場所は、居室外に位置します。
2. 洗面所の場所は、居室内にあります。
3. 整理ダンス、収納庫を設備しています。
4. 冷暖房を設備しています。
5. テレビ・電話配線を行っています。
6. その他、介護保険の給付対象とならない設備、及び利用にあたって契約者より新たに特別な設備の申し出がある場合を除き、別途利用料金をご負担いただく内容はありません。

4. 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認知症対応型共同生活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。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	員数	業 務 内 容	勤 務 体 制
施設長 (管理者)	1名	事業運営を統括します。	他の業務を兼務することもあります。
計画作成 担当者	2名	認知症対応型共同生活介護計画の作成を担当します。	介護員を兼務します。
介 護 員	15名	入居者の日常生活上の援助を担当します。	標準的な時間帯における最低配置職員 早朝 7:00～16:00 1名 日中 9:00～18:00 1名 10:00～19:00 1名 夜勤 18:00～ 9:30 2名
看 護 員	1名	入居者の健康状態の把握、健康管理の援助を担当します。	併設事業所の業務を兼務します。

* 職員は交代勤務により担当業務にあたります。

* 日中は3名の職員、夜間・深夜は1名の職員が夜勤し、介護にあたります。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金について

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) サービスの概要

①食 事

- * 当事業所では、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を、職員が共同して提供します。

《食事時間》朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～

②入 浴

- * 少なくとも週2回以上行います。または必要に応じて提供します。

③排 せ つ

- * 排せつの自立を大切にして、ご契約者の身体能力を最大限活用した支援を行います。

④健康管理

- * 介護職員がご契約者の日常的な健康状態の把握を行い、健康管理について支援します。

⑤機能維持の取り組み

- * 介護職員がご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活の中で機能の維持や回復のための支援を行います。

⑥その他自立への支援

- * 認知症状の正しい理解と個人の病状や症状に配慮します。
- * 生活のリズムを考え、朝夕の着替え及び離床に配慮します。
- * 整容をはじめ清潔で快適な生活が送れるよう支援します。
- * 調理や清掃等の家事、庭・畑などの手入れをとおして、ご契約者の有する能力に応じた日常生活を支援します。

(2) サービス利用料金

1. 介護保険の給付対象となる利用料金（1日あたり）

下記の料金表（1割負担の場合）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となる自己負担額を必要とします。

※ 自己負担額については、各利用者の負担割合証に記載された割合に応じた額となります。

☆ 認知症対応型共同生活介護（基本サービス）

	サービス利用料金表（1日あたり）						単位：円
	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
①ご契約者の要介護度とサービス利用料金	7,490	7,530	7,880	8,120	8,280	8,450	
②うち、介護保険から給付される金額	6,741	6,777	7,092	7,308	7,452	7,605	
③サービス利用に係る自己負担額（①－②）	749	753	788	812	828	845	

☆ 短期利用共同生活介護（基本サービス）

	サービス利用料金表（1日あたり）						単位：円
	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
①ご契約者の要介護度とサービス利用料金	7,770	7,810	8,170	8,410	8,580	8,740	
②うち、介護保険から給付される金額	6,993	7,029	7,353	7,569	7,722	7,866	
③サービス利用に係る自己負担額（①－②）	777	781	817	841	858	874	

☆ サービス提供体制にかかる加算

サービス利用料金表（１日あたり）								単位：円
加 算 内 容	初期加算	医療連携 体制加算	サービス提供体制強化加算			入退院 支援加算	口腔衛生管 理体制加算 （１月あたり）	科学的介護 推進体制加算 （１月あたり）
			I	II	III			
①ご契約者の要介護度と サービス利用料金	300	370	220	180	60	2,460	300	400
②うち、介護保険から給 付される金額	270	333	198	162	54	2,214	270	360
③サービス利用に係る自 己負担額（①－②）	30	37	22	18	6	246	30	40

＊ 初期加算

新規入居の場合及び、３０日を超えて医療機関に入院の後に再入居した場合、３０日以内の期間について「初期加算」の対象となります。（短期利用の場合は対象外となります。）

＊ 医療連携体制加算

「急性期・重度化対応に関する指針」（別紙１）に定める体制をとることで、「医療連携体制加算」の対象となります。

＊ 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、介護福祉士を７０％以上配置、または勤続１０年以上の介護福祉士を２５％以上配置している場合、加算の対象となります。
- Ⅱ．介護職員の総数のうち、介護福祉士を６０％以上配置している場合、加算の対象となります。
- Ⅲ．サービスを直接提供する職員総数のうち、勤続７年以上の職員を３０％以上配置している場合、加算の対象となります。

＊ 入退院支援加算

医療機関に入院した際、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、１月に６日を限度として加算の対象となります。

＊ 口腔衛生管理体制加算

歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行なっている場合、加算の対象となります。

＊ 科学的介護推進体制加算

入居者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けてサービス計画の見直しやサービスを有効に提供するために情報を活用している場合、加算の対象となります。

☆ 認知症ケアにかかる加算

サービス利用料金表（１日あたり）					単位：円
加 算 内 容	認知症専門ケア加算		若年性認知症 利用者受入加算	認知症行動・心理症状 緊急対応加算	
	I	II			
①ご契約者の要介護度と サービス利用料金	30	40	1,200	2,000	
②うち、介護保険から給 付される金額	27	36	1,188	1,800	
③サービス利用に係る自 己負担額（①－②）	3	4	120	200	

＊ 認知症専門ケア加算（ⅠまたはⅡに該当する場合）

- Ⅰ. 認知症日常生活自立度がⅢ以上の入居者が全体の1/2以上であって、認知症介護実践リーダー研修終了者を1名以上配置し、かつ職員間で認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的検討会議を定期的実施する場合、加算の対象となります。
- Ⅱ. 上記Ⅰの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置（認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が10人未満の場合は実践リーダー研修修了者と指導者研修修了者は同一でも可）し、介護・看護職員ごとの研修計画を作成・実施する場合、加算の対象となります。

＊ 若年性認知症利用者受入加算

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う場合、加算の対象となります。

＊ 認知症行動・心理症状緊急対応加算

認知症日常生活自立度がⅢ以上であって、認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した利用者を、短期利用により緊急受入れ対応を行う際は、入所日より7日を上限に加算の対象となります。

＊ 介護職員等処遇改善加算

自己負担合計額（介護保険給付対象となる利用料金）に21.0%相当の介護職員等処遇改善加算が加わります。

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

※ 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、サービス利用料金表と異なることがあります。

※ 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。

※ 短期利用共同生活介護とは定員の範囲内で、空室を利用するもので1ユニット1名を上限とし、30日以内の利用期間で運用します。短期利用の場合は、その居室（入院等の事由により空室となった）のご契約者およびご家族のご了承を得ることといたします。

2. 介護保険の給付対象とならない利用料金

以下の利用料金は全額がご契約者の自己負担となります。

項 目	単 位	※ 1箇月30日の場合
① 家 賃	1日あたり 1,200円	36,000円
② 食 材 料 費	1日あたり 1,000円	30,000円
③ 光 熱 水 費	1日あたり 722円	21,660円
④ 共 益 費	1日あたり 190円	5,700円
月額合計（1箇月30日の場合）		93,360円

①「家賃」について

＊ 1箇月に満たない利用月についての家賃は、日割り計算による負担となります。

②「食材料費」について

＊ 食材料費は1日単位での負担となります。また正月等の行事となる「特別食材料費」は1日あたり500円の追加負担となります。

③「光熱水費」について

- * ご契約者（入居者）が共同及び個人で使用する電気・水道使用費用です。
1 箇月に満たない利用月については、日割り計算による負担となります。

④「共益費」について

- * ご契約者（入居者）が共同で使用する日常生活用品に係る費用です。

⑤「金銭の出納・貴重品の管理」について

- * ご契約者の希望により、預貯金の預け入れ及び引き出しに係る代行、また預貯金通帳・印鑑・年金証書等の貴重品管理を次の職員において行います。この場合の利用料金は、1 箇月あたり1, 500円の負担となります。

《保 管 管 理 者》	施設長があたります。
《印鑑管理取扱者》	ユニットリーダー介護職員があたります。
《所持金管理取扱者》	担当介護職員があたります。
《出 納 方 法》	手続きの概要は以下の通りです。

- * 預貯金の預け入れ及び引き出しについては、事業者備え付けの「入所者所持金の管理取扱要領」に基づき保管管理します。

- * 所持金管理取扱者は毎月1回出入金記録を作成し、ご契約者（入居者）の希望により随時報告し、かつ所持金の保管状況については、四半期毎に、また利用契約終了時に届け出者へ通知します。

⑥「その他の費用負担」について

- * 次の費用は実費がご契約者（入居者）の自己負担となります。

ア. おむつ代

イ. 理容・美容代

ウ. ご契約者の希望による外出・趣味活動等に係る諸費用については、必要な経費についてご了解のもとにご負担いただきます。

エ. 個人専用の日用品（衣服、スリッパ、歯ブラシ等）や嗜好品（菓子・飲み物代等）に係る費用、またご契約者（入居者）に負担いただくことが適当であるものに係る費用をご負担いただきます。

オ. 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1枚につき10円をご負担いただきます。

カ. 「ご契約者の送迎に係る費用」について

ご契約者の入退居時に係る送迎については、原則ご契約者において行っていただきます。ただし、ご契約者において対応困難な場合は、事業所により配慮し、対応させていただきます。この場合の送迎に伴う費用については、その都度距離を勘案して算出した金額をご負担いただきます。

⑦短期利用として居室を活用する場合

- * 長期的な入院等により居室を空けられる際、その居室を一時的に短期利用として活用することに同意いただいた場合には、短期利用期間中の「家賃」「食材料費」「光熱水費」「共益費」は短期利用される入居者の負担となります。

(3) 「契約書第20条」に定める所定の料金

- ① ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金（家賃等の費用については別途請求）を負担いただきます。

ご契約者の 要介護度別料金	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	7,490	7,530	7,880	8,120	8,280	8,450

- ② ご契約者が、要介護認定で自立または要支援1と判定された場合、判定のあった日より、1日あたり7,490円（家賃等の費用については別途請求）を負担いただきます。
- ③ 経済状況の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1箇月前までにご説明します。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1箇月毎に計算しご請求しますので、翌月20日までに、事業所事務所窓口若しくは次の口座にお支払い下さい。

1箇月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

□ 指定口座の振り込み先

金融機関	但馬銀行村岡支店
口座名	社会福祉法人みかたこぶしの里 グループホームむらおかのかの空 理事長 邊見 豊
口座番号	普通預金 7106520

6. 入所中（入居中）の医療の提供について

医療を必要とする場合は、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。

ただし、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

医療機関の名称	村 瀬 医 院
所在地	兵庫県美方郡香美町村岡区村岡348番地1
診療科	内科、外科、整形外科、放射線科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	香美町国民健康保険小代診療所歯科
所在地	兵庫県美方郡香美町小代区城山301番地

7. 契約の終了について

当事業所との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用していただきますが、仮に次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、ご契約者に退所していただくことになります。

1. 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1と判定された場合
2. 当法人（事業者）が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により当事業所を閉鎖した場合

3. 事業所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
4. 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
5. ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
6. 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間内であっても、ご契約者から当事業所に退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の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・解除し、施設を退所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
3. 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認知症対応型共同生活介護サービスおよび短期利用共同生活介護サービスを実施しない場合
4. 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
5. 事業者もしくはサービス従事者が故意また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
6. 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）事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当事業所から退所し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6箇月以上遅延し、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、故意または重大な過失により事業者また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、また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. ご契約者が他の介護老人保健施設等に入所或いは医療機関等に入院した場合
5. ご契約者が連続して3箇月を超えて病院または診療所に入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合
6. ご契約者の身体・精神状況が次のような状況となり、当事業所では適切な介護が行えないと判断し、ご契約者及びご家族の合意が得られた場合
 - ①歩行・排せつ・食事・入浴等の日常生活に全介助が必要となった場合
 - ②日常的な医療的処置や医師・看護師等による日常的な疾患の管理が必要となった場合
 - ③共同生活に著しく影響する行動・心理症状が頻繁にみられる場合
 - ④認知症の原因となる疾患が急性の状態になった場合

（３）円滑な退所のための援助について

ご契約者が当事業所を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を、ご契約者に対して速やかに行います。

1. 適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介
2. 居宅介護支援事業者の紹介
3. その他保健医療サービスまたは福祉サービス提供者の紹介

8. 身元引受人について

1. 契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。しかしながら、入所者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。
2. 身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご契約者のお世話をされてきた家族や親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。
3. 身元引受人は、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、契約者と連帯して、その債務の履行義務を負うことになります。また、こればかりではなく、ご契約者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続を円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には、当施設と協力、連携して退所後のご契約者の受入先を確保するなどの責任を負うことになります。
4. ご契約者が入所中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置物の引取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。また、ご契約者が死亡されていない場合でも、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の残置物をご契約者自身が引き取れない場合には、身元引受人にこれを引き取っていただく場合があります。これらの引取り等の処理にかかる費用については、ご契約者または身元引受人にご負担いただくことになります。
5. 身元引受人が死亡したり破産宣告をうけた場合には、事業者は、あらたな身元引受人を立てていただくために、ご契約者にご協力をお願いする場合があります。

9. 苦情の受付について

(1) 利用者からの相談または苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）を設置します。

※ 当施設における苦情やご相談は次の専用窓口で受け付けます。

※ 苦情受付窓口（担当者）

《職名》 施設長 村尾 伴樹 ユニットリーダー介護員 小林 修一

※ 受付時間 毎週月曜日から金曜日9時00分から17時15分

※ 受付方法 ①電話番号 0796(99)5363

②FAX番号 0796(99)5364

③Eメールアドレス hana-sora@oboe.ocn.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
FAX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

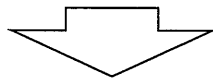
2. 香美町役場 福祉課介護保険係

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
FAX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

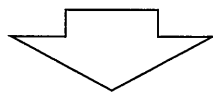
10. 契約締結からサービス提供までの流れについて

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「施設サービス計画（ケアプラン）」で定めまします。「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。

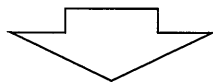
- (1) 当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）が施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当します。



- (2) その担当者は施設サービス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) 施設サービス計画は、認定期間中に1回、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、変更の必要があるかどうかを確認し、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、施設サービス計画を変更します。



- (4) 施設サービス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。

11. 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にあたり、次のことを大切にさせていただきます。

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、かかりつけ医師または協力病院と連携の上、ご契約者から聴取、確認を行い適切な処置を講じます。
3. ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な支援を行います。
4. ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2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、重要事項説明書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. 事業者及びサービス提供に係る職員は、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、ご契約者の円滑な退所のために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。

7. 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。

1 2. 事業所利用にあたっての留意事項について

当事業所のご利用にあたって、施設に入居されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項についてのご理解をお願いします。

(1) 持ち込みの制限について

入居にあたり、慣れ親しんだ物等の持ち込みについては、最大の配慮を行いますが、その中でも、持ち込むことを制限させていただく場合もあります。

ただし、ご契約者のご事情により、やむを得ない内容物については、事前にご相談願います。

(2) 事業所（施設）利用者への訪問について

訪問時間については、特に制限はございませんが、社会通念上の訪問時間にご配慮ください。夜間に訪問され、玄関が施錠されている場合は、玄関インターホンをご利用ください。

(3) 外出・外泊について

外出・外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

(4) 食事について

食事が不要な場合は、前日までに申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書に定める「食材料費」の負担の必要はありません。ただし、1日単位として扱い、3食とも欠食に限り該当します。

(5) 施設・設備の使用上の留意点について

1. 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

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、ご契約者の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。

3. ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を講ずることができるものとします。ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

4. 当事業所（施設）の職員や他の入所者に対し、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。

(6) 喫煙について

事業所（施設）内での喫煙については、火気の安全に配慮し、施設指定スペース以外での喫煙はお断りします。ご協力ください。

1 3. 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。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、ご契約者に故意また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。

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
説 明 場 所	

指定認知症対応型共同生活介護事業所でのサービスの提供に際し、本書面に基づき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 グループホーム むらおかの空
 職 種
 氏 名

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、指定認知症対応型共同生活介護事業所で
の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 _____
(利用者) 氏 名 _____ (印)

【署名代行者を選定した場合】

《署名代行者》 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

(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 _____ (印)

(契約者との関係：)

《身元引受人》 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

(契約者との関係：)

急性期・重度化対応に関する指針

グループホームに入居されている認知症高齢者の急性期には、主治医やご本人、ご家族の判断で連携している医療機関へ連絡の上、入院対応を行ないます。

入院中は医療機関との連携を図り、心身の状態把握に努めます。また、病状が重度化した場合においても、住み慣れた環境、なじみの関係のもとで、その人らしい生活を送っていただけるよう、ご本人やご家族と相談・協力しながら支援させていただきます。

□ 基本的な姿勢

グループホームが「我が家」「我が住まい」として、安心・安全な生活を送っていただけるよう、支援させていただきます。

入居者の心身の状態を充分把握し、体調の変化を見逃さないよう関わります。

体調に変化が見られた際には、主治医、看護員に連絡し受診、またはケアにおける指示を仰ぎます。

□ 医療連携

・主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要な医療を行ないながら、時に入院による病院での医療とも連携を図ります。

・日常的な健康状態の把握

看護員を配置し、専門的視点から入居者の健康状態の把握に努め、介護員への助言や医療機関との連携を図ります。

・24時間体制

看護員と24時間の連絡体制をとり、指示を仰ぎます。

□ 家族等の協力

グループホームでの重度化対応を図っていくためにも、ご家族と一緒に、入居者ご自身がその人らしい生活を送っていただけるよう支援させていただきます。

□ 職員の教育・研修

医療機関との連携で、重度化対応がより充実するよう、職員教育・研修に努めます。また、ご家族等の意向を重視した密な連携を持つことができるように努力します。

サービス利用料

要介護度	負担割合	基本利用料	加算料金				介護職員 等処遇改 善加算Ⅰ	家賃	食材料費	光熱水費	共益費	30日料金	31日料金
			医療連携 体制強化 加算	サービス 提供体制 加算Ⅰ	口腔衛生 管理体制 加算	科学的介 護推進体 制加算							
要支援2	1割	749		22	30/月	40/月	基本料金 +各種加 算料金合 計の1000 分の210	1,200	1,000	722	190	121,432	125,477
	2割	1,498		44	60/月	80/月						149,504	154,482
要介護度1	1割	753	37	22	30/月	40/月						122,920	127,015
	2割	1,506	74	44	60/月	80/月						152,481	157,558
要介護度2	1割	788	37	22	30/月	40/月						124,191	128,328
	2割	1,576	74	44	60/月	80/月						155,022	160,183
要介護度3	1割	812	37	22	30/月	40/月						125,062	129,228
	2割	1,624	74	44	60/月	80/月						156,764	161,984
要介護度4	1割	828	37	22	30/月	40/月						125,643	129,828
	2割	1,656	74	44	60/月	80/月						157,926	163,184
要介護度5	1割	845	37	22	30/月	40/月						126,260	130,466
	2割	1,690	74	44	60/月	80/月						159,160	164,459

