

指定居宅サービス重要事項説明書

通所介護事業

当事業者は介護保険の指定を受けています。

通所介護事業

事業所番号（２８７２１０００８２号）

当事業所はご契約者に対して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。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 双恵会
(2) 法人所在地 兵庫県高砂市阿弥陀町阿弥陀４３－１
(3) 電話番号 TEL ０７９－４４９－０１１１
及びFAX番号 FAX ０７９－４４９－０１００
(4) 代表者氏名 理事長 高井 利夫
(5) 設立年月日 平成１０年３月２日
(6) ホームページアドレス <http://www.megumien.jp>

2. 事業所の概要

(1) 建物の構造建物の延べ床面積

鉄骨鉄筋コンクリート造５階建
５０１８．８８㎡

併設事業

- ・特別養護老人ホーム ６０名
- ・ケアハウス ３０名
- ・短期入所生活介護事業 １０名
- ・地域包括支援協力センター
- ・居宅介護支援事業所

施設の周辺環境

高砂市の北部、播磨富士として名高い、高御位山を主峰とする鹿島連峰の麓、のどかな田園の中、日当たりも良く、静かな環境の中に位置し、南側には国道二号線、明姫幹線、姫路・加古川バイパスが走り、車での交通至便、駐車場も完備した風光明媚な地に在る特別養護老人ホームです。

3. 事業所の説明

(1) 施設の種類 指定通所介護事業

※当事業所は特別養護老人ホームめぐみ苑に併設されています。

(2) 施設の目的

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、ご契約者に日常生活を営むため必要な居室および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。

(3) 施設の名称 特別養護老人ホームめぐみ苑 通所介護事業

(4) 施設の所在地 高砂市阿弥陀町阿弥陀 4 3 - 1

交通機関 JR 曾根駅下車徒歩 20 分、タクシー 5 分

加古川バイパス高砂西ランプから 3 分

(5) 電話番号 079-490-2731

FAX 番号 079-449-0100

(6) 施設長（管理者）施設長 井上 智博

(7) 運営方針

通所介護事業

要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護等日常生活に必要な世話及び機能訓練を行います。

(8) 開設年月日 平成 10 年 12 月 1 日

(9) 利用定員 1 日 30 名

(10) 通常の事業の実施地域

高砂市・加古川市・姫路市

（ただし、送迎にかかる時間等により家族送迎をお願いする場合があります。）

(11) 営業日及び営業時間

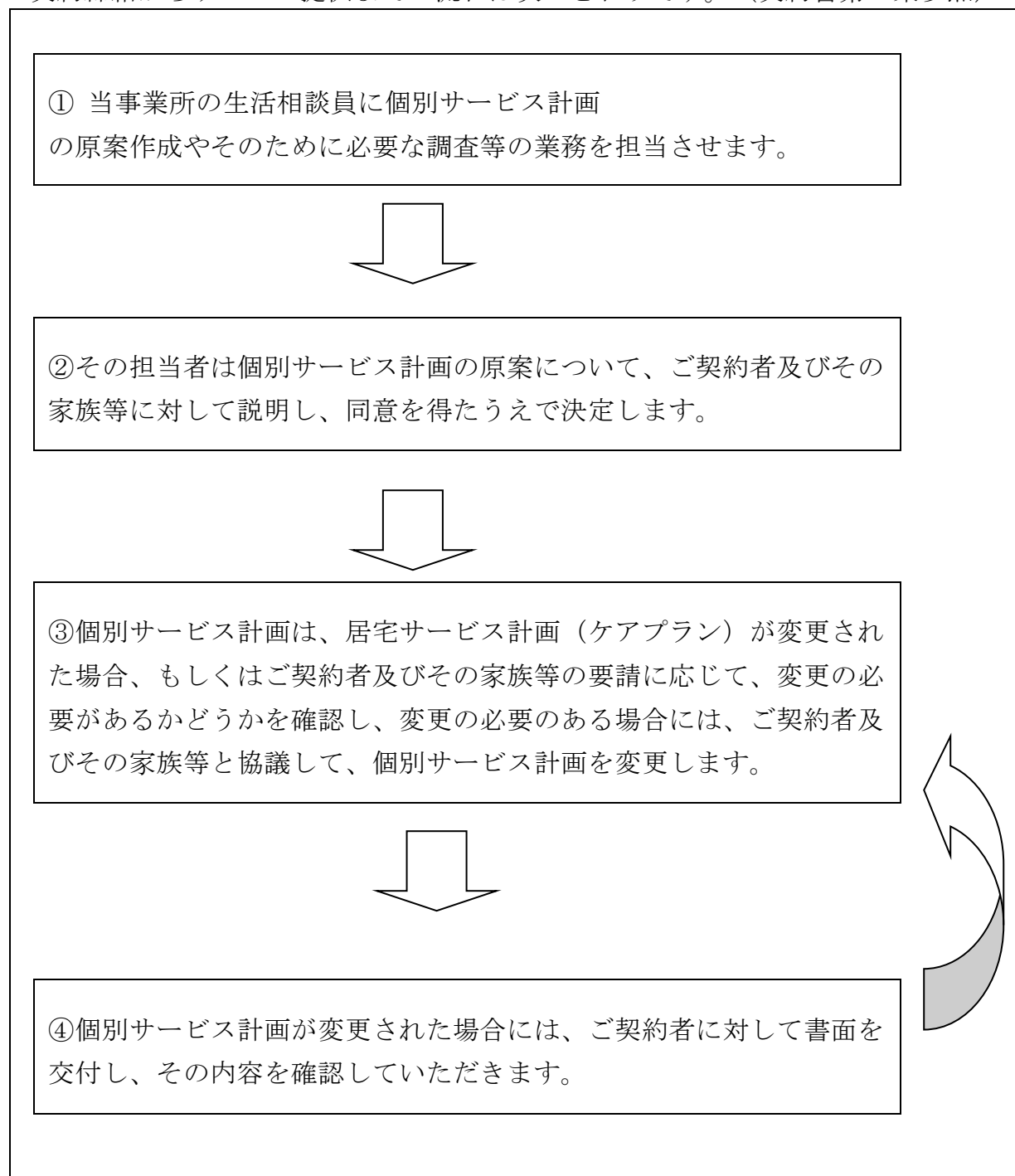
通所介護事業

営業時間	月～土 8:00～17:00
受付時間	月～土 8:00～17:00
サービス 提供時間	(実質利用時間) 月～土 9:15～16:30

4. 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

- ・ 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- ・ 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- ・ 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）



居宅サービス計画（ケアプラン）の作成



- ・ 作成された居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- ・ 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

②要介護認定を受けていない場合

- ・ 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- ・ 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- ・ 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

要介護と認定された場合

自立又は要支援1・2と認定された場合

- ・ 居宅サービス計画（ケアプラン）を作成していただきます。必要に応じて、居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。

- ・ 契約は終了します。
- ・ 既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

居宅サービス計画（ケアプラン）の作成

- ・ 作成された居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- ・ 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

5. 職員の配置状況

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。

〈主な職員の配置状況〉

職 種	配置人員	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1 名以上	1 以上	1 名
2. 生活相談員	1 名以上	1 以上	1 名
3. 介護職員	6 名以上	6 以上	6 名
4. 看護職員	1 名以上	1 以上	1 名
5. 機能訓練指導員	1 名以上	1 以上	1 名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、
1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

〈主な職種の勤務体制と職務内容〉

職 種	勤務時間	職務内容
1. 生活相談員	8：00～17：00	日常生活上の相談及び助言
2. 介護職員	8：00～17：00	日常生活上の介護
3. 看護職員	8：00～17：00	健康管理全般
4. 機能訓練指導員		機能訓練全般

☆休日は日曜日・年末年始とする。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

通所介護サービス（通常規模型事業所）

（1）介護保険の給付対象となるサービス

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

①食事

- ・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。

- ・基本的には、午後から行います。
- ・車椅子の方および寝たきりの方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

- ・ご契約者の排泄介助を行います。

④個別機能訓練

- ・機能訓練指導員等により、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定例行事及び全員が参加するレクリエーション

(2) サービス利用料金[自己負担額] (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額を除いた金額(自己負担額)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よって異なります。)

○通常規模型事業所(1割負担の場合)

(単位: 円)

要介護度	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. サービス 利用料金	6,672 円	7,879 円	9,126 円	10,373 円	11,640 円
2. うち、介 護保険から 給付される 金額	6,005 円	7,091 円	8,213 円	9,336 円	10,477 円
3. 自己負担 額 (1-2)	667 円	788 円	913 円	1,037 円	1,164 円

○ 加算金額

(単位: 円)

	入浴介 助加算 (Ⅰ)	個別機能訓 練加算 (Ⅰ)	中重度者ケ ア体制加算	サービス提供体 制強化加算(Ⅱ)	介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)
1. サービス利用料金	406 円	567 円	456 円	183 円	要介護度別通所介護費と 各種加算の総額の 9.2%
2. うち、介護保険か ら給付される金額	365 円	510 円	410 円	164 円	
3. 自己負担額 (1-2)	41 円	57 円	46 円	18 円	

※ 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 回当たりのご利用者の負担金額になります。

☆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。

☆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。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条参照）

- ・ 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は、前記のサービス利用料金表に定められた全額（介護保険給付対象額合計＋食費＋教養娯楽費＋その他実費）が必要となります。
- ・ 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 1 枚につき 10 円をご負担いただきます。

〈サービスの概要と利用料金及び自己負担額〉

サービス	サービス内容	自己負担額
食費	● 食事を提供します。 (おやつ・飲物代含む)	一食あたり 700 円
おむつ代	● 必要に応じて提供します。	要した費用の実費
教養娯楽費	● 共有場所の新聞・書籍・テレビ・カラオケなどをご利用いただけます。	50 円
日常生活	● 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。	要した費用の実費

※介護保険の対象とならないサービスに係わる利用料金については、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事由についてご連絡いたします。

(4) 利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

- ・利用料金及び費用は、サービスの利用月末に精算し、翌月に請求しますので、翌月17日までに次のいずれかの方法でお支払いください。

① 金融機関口座からの自動引き落とし（自動振替手数料は事業所負担となります）

② 指定口座への振込み（振り込み手数料はお客様負担となります）

但陽信用金庫 高砂西支店
普通預金 0089721
社会福祉法人 双 恵 会
めぐみ苑デイサービスセンター

③ 施設窓口での現金払い

- ・請求書到着後、次回ご利用日または、事務所窓口にご持参下さい。

(5) 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（午後5時30分）までに事業者へ申し出て下さい。
- ・利用予定日の前々日（午後5時30分）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。

利用取消料

・利用予定日の前々日（午後5時30分）までに申し出があった場合	無 料
・利用予定日の前日（午後5時30分）までに申し出があった場合	当日の利用料の50%
・利用予定日の当日に申し出があった場合	利用料全額

- ・介護保険給付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) サービス利用中の医療の提供について

緊急な医療を必要とする場合は、ご契約者及びご家族の希望により、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

医療機関の名称	高砂市民病院
病床数	290床
診療科目	内科、消化器内科、循環器内科、緩和ケア内科、精神科、小児科 外科、呼吸器外科、整形外科、皮膚科、脳神経外科、泌尿器科、 形成外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション 科、放射線科、麻酔科
医療機関の名称	大森整形外科
病床数	19床
診療科目	整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科
医療機関の名称	共立会病院
病床数	100床
診療科目	内科、外科、整形外科、リハビリテーション科

③ 協力歯科医療機関

医療機関の名称	加古川えがお歯科医院
病床数	
診療科目	歯科

7. 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。

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18条参照）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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 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。その場合は、契約終了を希望する日の7日前までに解約・解除をご連絡下さい。ただし、以下のような場合には、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）

事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合など、やむを得ない事由が発生した場合、ご契約者に対して契約終了日の一ヶ月前までに事由を示した文書でお知らせし、契約の解除をすることができます。

以下の事項に該当する場合には、一ヶ月以上の事前申し出期間なしに本契約の全部又は一部をやむを得ず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。

8. 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 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させ、複写物を交付します。
ただし、コピー代は有料となります。
- ⑥ 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、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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また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。

9. サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

- ・ 金銭の持ち込みは原則禁止しています。紛失された場合の責任は負いかねます。
- ・ 利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。
＜例＞
 - ・ コンロ等火気を伴う器具
 - ・ ペット類
 - ・ その他施設長が認めないもの

(2)施設・設備の使用上の注意（契約書第13条、第14条参照）

- ・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。
- ・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。
- ・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。

(3)喫煙

- ・施設内は全館禁煙となっております。施設外の喫煙スペース以外は喫煙できません。

10. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、契約者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

11. ご利用中の医療機関受診について

ご利用当日の体調不良（発熱・風邪等）やご利用中に著しく心身の変化が認められた場合、他の利用者への影響が懸念される症状が認められた場合は、看護職員または介護職員の判断により医療機関の受診をお願いする場合があります。医療機関受診のための送迎・付添は原則としてご家族でお願い致します。

また、ご利用中に急変された場合については、看護職員の判断により医療機関へ救急搬送します。その場合の受入医療機関は救急隊の判断によってご希望の医療機関への搬送とならない場合もありますのでご了承下さい。

救急搬送の際は可能な限り事前にご家族に連絡をお取りしますが、状況によっては事後のご連絡となる場合があります。

12. 損害賠償について（契約書第15条、第16条参照）

- 1 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、契約者側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。

- 2 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。

とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- (1) 契約者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

(2) 契約者（その家族も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合

(3) 契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合

(4) 契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

13. 苦情の受付について（契約書第25条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設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。

	通 所 介 護	
○苦情受付担当者 氏 名 職 名	前田 真輝 生活相談員	
受 付 時 間	毎週 月曜日～土曜日 8：30～17：30	
○第三者委員 氏 名 職 名 連 絡 先 T E L	白石 直也 評 議 員 090-8750-7918	山本 忠幸 理 事 高砂市今市2丁目11-7 079（442）5817
○苦情解決責任者 氏 名 職 名	井上 智博 施 設 長	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合	所 在 地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1号 1801号 T E L （078）-332-5617 F A X （078）-332-5650
-------------	---

○加古川健康福祉事務所	所 在 地 加古川市加古川町寺家町天神木 9 7 番 1 号 T E L (0 7 9) - 4 2 1 - 9 2 9 6 F A X (0 7 9) - 4 2 2 - 7 5 8 9
○高砂市福祉部介護保険課	所 在 地 高砂市荒井町千鳥 1 丁目 1 番 1 号 T E L (0 7 9) 4 4 3 - 9 0 6 3 F A X (0 7 9) 4 4 3 - 2 3 0 4
○加古川市福祉保険部介護保険課 ○姫路市介護保険課 ○播磨町民生部健康福祉課 ○稲美町民生部健康福祉課	(0 7 9) 4 2 1 - 2 0 0 0 (0 7 9) 2 2 1 - 2 4 4 5 (0 7 9) 4 3 5 - 0 3 3 5 (0 7 9) 4 9 2 - 1 2 1 2

指定居宅サービス中の通所介護サービスの提供に際し、本書面に基づき本重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

《事業者》 高砂市阿弥陀町阿弥陀43-1
社会福祉法人 双 恵 会
特別養護老人ホームめぐみ苑
めぐみ苑デイサービスセンター

説明者職名 生活相談員

氏 名 前田 真輝 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 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、通所介護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。

《署名代行者または代理人》

住 所

氏 名 印

(契約者との関係)