

# 重要事項説明書（介護予防通所介護）

## 1. 事業所表示

|       |   |
|-------|---|
| 事業所名  | 通所介護デイサービス杏の里Ⅰ・Ⅱ  |
| 事業所番号 | 2874004142  |
| 所在地   | 〒671-1121 姫路市広畠区東新町2丁目49-5<br>TEL 050-3092-2302<br>FAX 079-236-2424 |
| 開設年月日 | 平成18年9月1日   |

|     |       |   |
|-----|-------|---|
| 法人  | 種別    | 医療法人  |
|     | 所轄庁   | 姫路市   |
| 開設者 | 名称    | いりょうほううじんしゃだん いしばしないか<br>医療法人社団 石橋内科                                  |
|     | 所在地   | 〒671-1121<br>姫路市広畠区東新町1丁目29番地<br>TEL 079-237-1484<br>FAX 079-237-3331 |
|     | 設立年月日 | 平成3年3月  |

## 2. 利用施設の概要

|       |   |
|-------|---|
|       | デイサービス杏の里Ⅰ・Ⅱ                              |
| 建物構造  | ①②鉄骨・コンクリート3階建て1・2階部<br>③鉄筋・コンクリート2階建て1階部 |
| 延べ床面積 | 305.146 m <sup>2</sup>                    |
| 利用定員  | ①②各5名<br>③15名                             |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 営業時間<br>① 08:30～17:30<br>② 08:30～12:30 | 営業日<br>①月～土 ②月～金   | 祝日含む<br>(12/31～<br>1/2 休み)   |
|  | サービス<br>提供時間<br>開始 ①08:45 終了 15:45<br>13:00 終了 15:45<br>開始 ②09:00 終了 12:00 |  |
| 事業所実施地域                                |  | ① 姫路市広畠区、大津区、飾磨区、余部区、勝原区、網干区、荒川小学校区、青山小学校区<br>② 搾保郡太子町<br>③ たつの市御津町 ①②③かつ事業所から片道30分以内の地域<br>上記通常実施地域外の送迎は、要相談いたします |
| 実施単位数                                  | 2単位 (デイサービス杏の里Ⅰ・Ⅱ)   |  |

### 3. 職員の配置状況

|                 |      |                   |     |
|-----------------|------|-------------------|-----|
| 一日当たりの<br>利用者定数 | 25名  |                   |     |
| 従業員             | 人 数  | 職 務               | 内 容 |
|                 | 1名   | 従業員への指揮命令         |     |
|                 | 1名以上 | 運転業務              |     |
|                 | 1名以上 | 健康管理及び衛生指導、急変時の対応 |     |
|                 | 1名以上 | 利用者の機能訓練          |     |
|                 | 1名   | 利用者の口腔機能訓練 及び 指導  |     |
|                 | 9名以上 | 日常生活訓練指導          |     |
|                 | 1名   | 栄養改善指導、メニュー作成     |     |
|                 | 1名   | 利用者の食事の提供         |     |
|                 | 2名以上 | 生活向上のための相談、援助を行う  |     |

### 4. 事業の目的及び運営方針

#### 事業目的

当事業は介護保険法令及びこの契約に従い、利用者に対し、利用者が可能な限り その居宅において、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、利用者の心身の特性を踏まえ、個別機能訓練その他必要なリハビリテーションを行う事により、利用者の心身機能の維持回復を図る事を目的とします。

#### 運営方針

- ① 居宅において、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援致します。
- ② 適切な保険医療・福祉サービスを利用者が選択し、総合的かつ効率的に提供されるよう支援致します。
- ③ 利用者の立場に立ち、常に公平中立なサービスが提供できるよう支援致します。
- ④ 運営にあたっては、他事業との連携に努めます。

## 5. サービス内容と料金

(令和 6 年 4 月現在 なお、介護保険サービス利用料金が改定になった場合にはそれに準じます)

### サービスの概要

- ① 健康管理
- ② 介護指導
- ③ 機能訓練
- ④ 送迎

### 予防給付 ※1 割負担

#### 〈基本料金〉 1 ヶ月あたり

|       | 要支援 1   | 要支援 2   |
|-------|---------|---------|
| 単位数   | 1,798   | 3,621   |
| 自己負担額 | 1,824 円 | 3,672 円 |

送迎は基本料金に包括

#### 〈加算料金〉 1 ヶ月当たり

|      |               |     |                   |       |       |
|------|---------------|-----|-------------------|-------|-------|
| 加算料金 | 一体的サービス提供加算   | 単位数 | 480               | 自己負担額 | 486 円 |
|      | 科学的介護推進体制加算   |     | 40                |       | 41 円  |
|      | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) |     | 所定単位数の 59/1000 加算 |       |       |

### 予防給付 ※2 割負担

#### 〈基本料金〉 1 ヶ月あたり

|       | 要支援 1   | 要支援 2   |
|-------|---------|---------|
| 単位数   | 3,596   | 7,242   |
| 自己負担額 | 3,647 円 | 7,344 円 |

送迎は基本料金に包括

〈加算料金〉 1ヶ月当たり

|                  |               |             |     |                       |       |
|------------------|---------------|-------------|-----|-----------------------|-------|
| 加<br>算<br>料<br>金 | 一体的サービス提供加算   | 単<br>位<br>数 | 480 | 自<br>己<br>負<br>担<br>額 | 973 円 |
|                  | 科学的介護推進体制加算   |             | 40  |                       | 83 円  |
|                  | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) |             |     | 所定単位数の 59/1000 加算     |       |

予防給付 ※3割負担

〈基本料金〉 1ヶ月あたり

|       | 要支援1    | 要支援2     |
|-------|---------|----------|
| 単位数   | 5,394   | 10,863   |
| 自己負担額 | 5,470 円 | 11,015 円 |

送迎は基本料金に包括

〈加算料金〉 1ヶ月当たり

|                  |               |             |     |                       |        |
|------------------|---------------|-------------|-----|-----------------------|--------|
| 加<br>算<br>料<br>金 | 一体的サービス提供加算   | 単<br>位<br>数 | 480 | 自<br>己<br>負<br>担<br>額 | 1460 円 |
|                  | 科学的介護推進体制加算   |             | 40  |                       | 121 円  |
|                  | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) |             |     | 所定単位数の 59/1000 加算     |        |

共通

〈別途自己負担料金〉

|               |              |
|---------------|--------------|
| おやつ代 (ドリンク付き) | 250 円        |
| モーニング         | 350 円        |
| 創作材料費         | 実費           |
| イベン<br>ト<br>費 | 実費           |
| おむつ代          | 100 円 (1枚)   |
| 尿とりパット代       | 40 円 (1枚)    |
| 複写物の交付コピー代    | 10 円 (1枚につき) |

※イベント参加時は、ご本人・ご家族に事前に確認をしてから実施いたします。

- (1) 介護保険の適用として通所介護のサービスを受けた場合、利用料の1割～3割が自己負担となります。お支払い方法は、ゆうちょ銀行による自動払込み、または石橋内科、広畠センチュリー病院受付での直接支払い（請求月の25日）
- (2) 償還払いでのサービスを受けた場合は、一旦利用料の全額を支払い頂きます。この場合、サービス提供証明書を事業所は交付します。
- (3) 利用サービスの予約を取り消す場合、前日午前8時までにご連絡ください。
- (4) 事業所は利用者に対し、毎月中旬までに前月のサービス提供内容に対する利用費請求書を作成します。
- (5) 支払期限は、自動払込みの場合は請求書送付月の25日、受付への持参の場合は、請求書発行月の25日となっております。
- (6) 理美容を希望される際委託契約事業所より派遣され別途実費が必要となります。

## 6. サービス利用を終了する場合

契約期間満了の14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、契約は要介護認定期間と同じ条件で更新され、以後も同様となります。

下記の場合には、契約終了となります。

- (一) ご契約者が死亡した場合
- (二) 要介護認定によりご契約者的心身の状況が自立と判定された場合
- (三) 施設の減失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービス提供ができなくなった場合
- (四) 契約者からの解約申し出があった場合
- (五) 事業所から解約の申し出があった場合（契約書第16条参照）

## 7. 事業所の義務

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の義務を負います。

- (7) サービス提供時のご契約者の生命・身体・財産の安全に配慮します。
- (8) 非常災害に備えるため、定期的に避難・救出・その他必要な訓練を行います。
- (9) ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、サービス提供の完結後、5年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧ができ、実費を払って複写物を交付します。
- (10) 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は行いません。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。

### (11) 虐待防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止の為に、次のように取り組んでいきます。

- ① 虐待防止に関する担当者を置き、月に1度以上委員会を開催し対応をしていき指針を整備します
- ② 年に2回以上研修等を通じて、介護支援専門員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- ③ 利用者等に対する高齢者虐待に相当する行為やその恐れのある状態を知った場合には、関係機関と連携し、その解決の為に必要な措置を講じます。

(12) ご契約者へのサービス提供時において、病状の急変が生じた場合、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など必要な処置を講じます。家族への連絡は緊急連絡先をもとに連絡することとします。

(13) 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その家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏らしません。(守秘義務)

(14) 業務継続計画の策定など

- ① 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する居宅介護支援等サービスの提供を継続的に実施、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- ② 事業所は、担当職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します
- ③ 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います

## 8. 損害賠償

- ① 当事業所は契約者に生じた損害については、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、契約者に故意又は過失が認められた場合には事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。
- ② 事業所は、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、事業所は損害賠償責任を免れます。
- ③ 貴重品、又は高額な金銭を持参し、紛失・盗難等が発生した場合。
- ④ 契約者が契約締結時にその心身の状況及び病歴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っぱら起因して損害が発生した場合。
- ⑤ 契約者がサービスの実施にあたっての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。
- ⑥ 契約者の急激な体調の変化等、事業所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。
- ⑦ 契約者が、事業所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。

## 9. 利用制限等留意事項

- ① 貴重品、又は高額な金銭の持参は禁止いたします。尚、守られない場合の紛失・盗難等については一切責任を負いません。
- ② 下記の場合にはサービスの利用について制限を行う場合があります。
- ③ 利用者が感染症を有し、他の利用者に重大な影響を与える恐れがある場合
- ④ 利用者及び家族による他の利用者もしくは事業所及びサービス従事者に対する暴力行為（身体的・言語的を含む）・セクシャルハラスメント行為がみられ、集団行動に明らかに支障がある場合。
- ⑤ 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、事業所からの催告によってもこれが支払われない場合。
- ⑥ 利用者による他の利用者もしくは事業所及びサービス従事者に対して悪影響があると判断される場合（金銭の貸し借り・販売行為・宗教の布教行為等、社会的常識から逸脱した行為）。

## 10. 緊急時の対応

サービス提供時間内に利用者が緊急な医療を必要な事態にあった時、従業員は速やかに対応し、救急蘇生に努め、必要医療機関へ搬送します。また、家族への連絡は緊急連絡先をもとに連絡を取ることとします。

以上のこととは「同意書」をもって承諾を得たものとします。

## 11. 非常・災害時・法人研修時の対応

警報発令時は事業業務を停止とする場合があります

又、積雪時・道路事情により送迎時間の確約ができないこともあります。

法人研修時等においても事業業務を停止する場合があります。

## 12. 苦情相談窓口

| ご相談窓口                                 |  |
|---------------------------------------|--|
| 通 所 介 護<br>デイサービス杏の里 I・II             | ご利用日：平日 8:00~17:00<br>ご利用方法：TEL (0120) 148425<br>担当：大町 恵             |
| 医療法人社団石橋内科<br>介護サービス部門<br>苦情相談窓口      | ご利用日：平日 10:00~16:00<br>ご利用方法：TEL (079) 237-7714<br>担当：吉田 知世          |
| 姫 路 市 介 護 保 険 課                       | ご利用日：平日 8:35~17:20<br>ご利用方法：TEL (079) 221-2449                       |
| 国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会<br>介護サービス苦情相談窓口 | ご利用日：平日 9:00~17:15<br>ご利用方法：TEL (078) 332-5617<br>FAX (078) 332-5650 |

指定居住サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

〒671-1121

姫路市広畠区東新町2丁目49-5

通所介護デイサービス杏の里Ⅰ・Ⅱ

令和 年 月 日 (説明者) 印

令和 年 月 日

|            |  |     |  |   |
|------------|--|-----|--|---|
| 契約者<br>(甲) | 私は、以上の契約内容について説明を受け、内容を確認いたしました。<br>私は、この契約書で確認する通所介護の利用を申し込みます。 |     |  |   |
|            | 住 所  | 〒 - |  |   |
|            | 氏 名  |     |  | 印 |
|            | TEL  | FAX |  |   |

|            |       |   |  |   |
|------------|-------|---|--|---|
| 事業所<br>(乙) | 事業所名  | 通所介護デイサービス杏の里Ⅰ・Ⅱ  |  | 印 |
|            | 事業所番号 | 2874004142  |  |   |
|            | 所在地   | 〒671-1121<br>姫路市広畠区東新町2丁目49-5<br>TEL 079-237-6484<br>FAX 079-236-2424 |  |   |

|           |  |     |  |   |
|-----------|--|-----|--|---|
| 丁<br>(家族) | 私は、契約に基づき共催すべき義務を負う連帯保証人となることを承諾します。<br>私は、甲の親族として、この契約の締結に立ち会ったことをここに確認します。 |     |  |   |
|           | 氏名   |     |  | 印 |
|           | 住 所  | 〒 - |  |   |
|           | 本人との関係   |     |  |   |
| TEL       |  |     |  |   |

|               |  |   |  |
|---------------|--|---|--|
| 署名代行者<br>(代筆) | 私は、本人の契約意思を確認の上、本人に代わり署名を行いました。 (丁欄と異なる場合のみ記載) |   |  |
|               | 住 所  | 〒 |  |
|               | 氏 名  |   |  |
| TEL           |  |   |  |