

指定通所介護事業所
介護予防日常生活支援総合事業
デイサービスセンター そうび苑
『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。

事業者番号 0174600122 号

◆◆目次◆◆

1.	施設経営法人について	P2
2.	事業所の概要について	P2
3.	職員の配置状況について	P3
4.	当事業所が提供するサービスと利用料金について	P3
5.	非常災害対策について	P10
6.	苦情の受付について	P10
7.	身体の拘束について	P11
8.	緊急・事故発生時の対応について	P11
9.	個人情報の保護について	P12
10.	サービスの利用にあたっての留意事項	P12
11.	損害賠償について	P12
12.	感染症対策について	P12
13.	虐待防止について	P12
13.	身元保証人について	P13
14.	合意事項について	P13

1 施設運営法人について

- (1) 法人名
- (2) 法人所在地
- (3) 電話番号
- (4) 代表者氏名
- (5) 設立年月日

社会福祉法人 刀圭会
北海道帯広市西16条北1丁目27-127
0155-36-2088
理事長 長谷川 賢
平成 9年 9月11日

2 事業所の概要について

- (1) 事業所の種類

指定通所介護事業所
・平成12年4月1日指定
介護予防日常生活支援総合事業所
・平成29年4月1日指定
(以下、「通所介護サービス事業所」という。)
通所介護サービス事業所は、介護保険法令に従い、契約者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支援することを目的として、契約者に通所介護サービスを提供致します。

- (2) 事業所の目的

- (3) 事業所の名称
- (4) 事業所の所在地
- (5) 電話番号
- (6) 事業所長（管理者）氏名
- (7) 当事業所の運営方針

デイサービスセンター そうび苑
北海道帯広市西16条北1丁目27-127
0155-36-2088

施設長 木村 大志

在宅の虚弱及び寝たきり老人等に対し、通所サービスを提供することによって、利用者の生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上等を図ると共に、その家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とし、事業の実施にあたっては関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものと致します。

- (8) 開設年月日

平成10年11月1日

- (9) 通常の事業の実施地域

帯広市内全域

- (10) 営業日及び営業時間

営業日	月～土（祝祭日を含む）※但し、12/31～1/3は休日とさせて頂きます。
受付時間	8:30～17:30
サービス提供時間	10:00～15:30

- (11) 利用定員

35名

3 職員の配置状況について

当事業所では、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	職員数
1. 事業所長（管理者）	1名	1名（ケアハウス兼務）
2. 生活相談員	1名	2名（介護職員兼務1名）
3. 看護職員	1名	2名（機能訓練指導員兼務）
4. 介護職員	5名	10名（生活相談員兼務1名）
5. 機能訓練指導員	1名	2名（看護職員兼務）
6. 歯科衛生士	—	1名

*歯科衛生士について指定基準はありませんが、当施設では常勤職員として配置しています。

〈主な職員の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 生活相談員	勤務時間：8：30～17：30
2. 看護職員	勤務時間：8：30～17：30
3. 介護職員	勤務時間：8：30～17：30
4. 機能訓練指導員	勤務時間：8：30～17：30
5. 歯科衛生士	勤務時間：8：30～17：30

4 当事業所が提供するサービスと利用料金について

（1）当事業所が提供するサービスについて

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

- ・利用料金が介護保険・事業費から給付される場合
- ・利用料金の全額を契約者に負担いただく場合

1. 介護保険・事業費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、利用料金の通常9割～7割（介護負担割合証の記載割合に応じ）が介護保険又は事業費から給付されます。

※介護保険改正などにより、保険給付額・事業費給付額に変更があった場合は変更された額に合わせて負担額を変更します。変更時は料金表によるご契約者の同意を得るものとします。

〈サービスの概要〉

① 送迎

ご自宅の玄関まで施設車両で送迎致します。

② 入浴

大きな浴槽（モール温泉）で入浴を行います。必要に応じ、洗髪・洗体等の介助を行います。

③ 生活機能訓練・集団体操

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等を実施致します。

④ 口腔機能向上サービス

口腔機能の維持・向上を目的とし、アセスメントを行い、口腔機能向上訓練計画書等を作成・評価をいたします。

⑤ 日常生活上の援助

排せつや移動、その他必要な身体の介助など、日常生活を送るのに必要な動作を援助致します。

⑥ 健康チェック

来所時に血圧・脈拍・体温を測定し、また健康相談に応じることで、安心して1日を過ごして頂けます。また定期的に体重測定を実施致します。（月1回程度）

⑦ レクリエーション

契約者の心身等の状況に応じて、社会的交流を目的としたレクリエーションを実施致します。季節にあわせた行事や野外活動も実施致します。

⑧ 相談・援助

日常生活での困り事や、人間関係の悩み、サービス・介護保険・総合事業に関することなど様々な相談に応じ、適切な援助を致します。

※上記のサービスにつきましては、居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って当事業所が作成する通所介護サービス計画（契約書第3条）に基づき、契約者の心身の状況や有する能力に応じたサービスを提供致します。

(2) 利用料金について

1. 利用料金については次の表の通りとなっております。

なお、法改正等により利用料金が変更となる場合は、別紙同意書を持って同意を得たものとします。

通所介護

1. 基本料金

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金/1回 (1割負担)	570 円	673 円	777 円	880 円	984 円
基本料金/1回 (2割負担)	1140 円	1346 円	1554 円	1760 円	1968 円
基本料金/1回 (3割負担)	1710 円	2019 円	2331 円	2640 円	2952 円

2. 加算項目

サービス名	料金(1割負担)	料金(2割負担)	料金(3割)
通所介護送迎減算	-47 円(片道)	-94 円(片道)	-141 円(片道)
同一建物減算	-94 円(日)	-188 円(日)	-282 円(日)
通所介護入浴加算	40 円(日)	80 円(日)	120 円(日)
サービス提供体制強化加算 Ⅱ	18 円(日)	36 円(日)	54 円(日)
生活機能向上連携加算	200 円(月)	400 円(月)	600 円(月)
口腔機能向上加算	320 円(月)	640 円(月)	960 円(月)
介護職員等処遇改善加算 (I)	合計単位数の 92/1000 (9.2%)		
科学的介護推進体制加算	40 円(月)	80 円(月)	120 円(月)

総合事業通所介護サービス

1. 基本料金

		料金／月	入浴なし	送迎なし	入浴・送迎なし
1割負担	事業対象者 要支援1	1798円	1598円	1422円	1222円
	要支援2	3621円	3221円	2869円	2469円
2割負担	事業対象者 要支援1	3596円	3196円	2844円	2444円
	要支援2	7242円	6442円	5738円	4938円
3割負担	事業対象者 要支援1	5394円	4794円	4266円	3666円
	要支援2	10863円	9663円	8607円	7407円

2. 加算項目

	1割負担		2割負担		3割負担	
サービス名	事業対象者・要支援1	要支援2	事業対象者・要支援1	要支援2	事業対象者・要支援1	要支援2
サービス提供体制強化加算Ⅱ	72円 (月)	144円 (月)	144円 (月)	288円 (月)	216円 (月)	432円 (月)
同一建物減算	-376円 (月)	-752円 (月)	-752円 (月)	-1504円 (月)	-1128円 (月)	-2256円 (月)
生活機能向上連携加算Ⅱ	200円(月)		400円(月)		600円(月)	
口腔機能向上加算Ⅱ	160円(月)		320円(月)		480円(月)	
介護職員等処遇改善加算(I)	合計単位数の 92/1000 (9.2%)					
科学的介護推進体制加算	40円(月)		80円(月)		120円(月)	

日割り料金

月途中での契約となる場合は、1. 基本料金が契約日からの日割り請求となります。

要支援1⇒59円(日) 要支援2⇒119円(日)

〈各種加算について〉

☆送迎減算については、施設での送迎を実施しなかった場合、減算となります。

☆サービス提供体制強化加算については、介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士の資格保有者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価が行われる加算です。

☆同一建物減算については、ケアハウスそび苑に入所されている方が対象となります。
(送迎減算や、送迎なしの料金と重複しません)

☆入浴加算については、実施されなかった場合は、加算の対象となりません。

☆生活機能向上連携加算については、生活機能の維持・向上を目的とし、外部の専門職（理学療法士、作業療法士等）と当事業所職員とが連携し、個別機能訓練計画等の作成・評価を概ね3か月に1回行います（任意）

☆口腔機能向上加算については、口腔清潔、唾液分泌、咀嚼、嚥下、食事摂取等の口腔機能の維持・向上を目的とし、口腔機能の指導や咀嚼訓練等の指導を、適切に行う場合の加算となります。当施設では常勤歯科衛生士が計画の作成・評価を3か月に1回行います。その他、口腔内のデータをLIFEを活用し、厚労省へデータを提出しフィードバックを受け、サービス計画の見直しなどに活用します。

要介護の方の加算額は160円/月2回の320円となります。

☆契約者がまだ要介護認定又は基本チェックリストによる該当判定を受けていない場合には、サービスの利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。要介護状態区分の認定又は基本チェックリストによる該当判定を受けた後、自己負担額を除く全額が介護保険費、又は事業費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ります。償還払いとなる場合、契約者が保険給付、又は事業費給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付致します。

☆介護保険給付額、又は事業費給付額に変更があった場合、変更された額に合わせ、契約者の負担額を変更致します。

☆介護保険支給限度額、又は事業費支給限度額を超える通所介護サービスを提供した場合には、限度額を超えた分につきましては、全額自己負担となりますので、あらかじめご了承下さい。

2. 介護保険給付又は事業費給付の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条）以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食事の提供（食事費用）

契約者の希望により提供する食事に係る費用です。

食 費 : 1食あたり 550円

※食事につきましては、お弁当等持参して頂いても構いませんが、食中毒等の発生の心配もございますので、契約者間同士のおかず交換等はお止め下さい。また食中毒等が発生した場合においては、当方として一切責任を負いかねますのでご了承下さい。

② 日常生活上必要となる諸費用実費

契約者の希望により日常生活においても通常必要となる日用品について、実費負担により提供させて頂くことができます。

日用品費 : 日用品等の実費を頂きます。

③ レクリエーション等

契約者の希望によりレクリエーション等に参加して頂くことができます。

利用料金 : 材料費等の実費を頂く場合があります。

④ 複写物の交付

契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担頂きます。

1枚につき : 10円

3. 利用料金の支払方法（契約書第6条）

前記1、2の料金・費用は1か月毎に計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。

請求書は利用明細を添えて利用月の翌月第2週以降にお渡し致しますので、下記のいずれかの方法によりお支払いください。

ア) 自動口座引き落とし (20日)

イ) 現金払い (末日)

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。

4. 利用の中止、変更、追加（契約書第7条）

- 利用予定日の前に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若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に申し出て下さい。
- 利用予定日の前日にまでに申し出がなく、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頂く場合があります。但し、契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日 17:30 までに申し出がなかった場合	食費相当分 (550円)

- ・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出来ない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議致します。

5. 契約の終了

当施設との契約では、契約が終了する期日は特に定めません。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することができます。仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了となる場合があります。

- ① 要介護認定により契約者の心身の状況が自立と判断された場合
- ② 基本チェックリストにより事業対象者非該当と判断された場合
- 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、ご契約者様に対するサービスの提供が不可能となつた場合
- ⑤ 当施設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 ご契約者からの終了の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑦ 事業者から終了の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください）

（1）ご契約者からの終了の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、以下の場合にはご契約者から契約の終了を申し出ることができます。

- ① 介護保険給付・事業費給付対象外サービスの利用料金に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ 事業者若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介護福祉サービスを実施しない場合
- ④ 事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者若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・財産・権利を傷つけ、又は著しい不诚信行為、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若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

(2) 事業者からの申し出により契約終了となる場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設を契約終了となる場合があります。

- 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由を発生させた場合
- ② ご契約者によるサービスの支払いが3ヶ月以上遅延、又は合計3ヶ月相当額を相当期間定めた催告にも関わらずこれが支払われなかった場合
- ③ ご契約者及びご関係者が、故意又は重大な過失により事業者またはサービス従事者若しくは他利用者等の生命・身体・財産・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発生させた場合
- ④ ご契約者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院が見込まれる場合、若しくは自宅療養が3ヶ月を超える場合

5 非常災害対策

通所介護サービス利用中に天災その他の災害が発生した場合には、従業者は契約者の避難等適切な措置を講ずるものとします。また管理者は日常的に具体的な対処の方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとるものとします。

また非常災害に備えるため、防災計画を基に年2回以上の利用者及び職員等の災害対策訓練及び研修を行います。

6 苦情の受付について

1. 当事業所における苦情の受付当事業所における苦情の受付は以下の専用窓口で受け付けております。

・苦情解決責任者	施 設 長	木村 大志
・苦情受付担当者	生活相談員	森 智子
・電話番号	0155-36-2088	
・FAX 番号	0155-36-7290	
・受付時間	毎週月曜日～土曜日	8：30～17：30

2. 行政機関その他苦情受付機関

帯広市役所 地域福祉課総務係	所 在 地	帯広市西5条南7丁目1番地
	電話番号	0155-65-4146
	FAX 番号	0155-23-0163
	受付時間	8：45～17：15[月～金（祝祭日除く）]
北海道国民健康保険 団体連合会	所 在 地	札幌市中央区南2条西14丁目
	電話番号	011-231-5161
	FAX 番号	011-233-2178
	受付時間	9：00～17：00[月～金（祝祭日除く）]

北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所 在 地 札幌市中央区北2条西7丁目（かでる2・7） 電話番号 011-204-6310 FAX 番号 011-204-6311[月～金（祝祭日除く）] 受付時間 9：00～17：00[月～金（祝祭日除く）]
-----------------------	--

第三者委員	理 事 讃岐 武史 住 所 帯広市西9条南10丁目4番地 電 話 0155-23-1111
	評議員 樋渡 康 住 所 帯広市西2条北1丁目20番地 電 話 0155-20-6717

7 身体の拘束について

当事業所は、利用者の人権擁護の観点から利用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、利用者又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、記録に記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合がございます。

- 緊急やむを得ない場合の取り扱いについては下記のとおりです。

身体拘束を行う場合の手続き

- ① 緊急やむを得ない理由（切迫性、非代替性、一時性）を満たす状況である場合にのみ身体拘束を行うことができます。この場合においても、「身体拘束廃止委員会」により協議を行い決定致します。
- ② 身体拘束を実施する場合は、身元保証人に対して説明を行い、書面において同意をいただくこととします。
- ③ 必要最小限の方法、及び期間の実施と致します。
- ④ 身体拘束の実施に関する、記録を作成致します。
- ⑤ 身体拘束の廃止に向け、定期的に協議、検討を行います。

8 緊急・事故発生時の対応について

サービス提供時に利用者の病状が急変したり、事故が発生した場合には、速やかにかかりつけ医や協力医療機関、ご家族への連絡等必要な措置を講じます。事故発生時においては帯広市等関係機関への事故の状況や事故に際してとった処置について報告を行います。また事前に確認してある緊急連絡先（介護者、家族等）に速やかに連絡して状況の説明を行います。（契約書第12条・第13条）

生命に関わる緊急性がないと事業者が判断した場合の受診については、ご家族若しくはご関係者の対応となります。

※緊急の場合にはご記入いただいた連絡先に連絡致します。

9 個人情報の保護について

当事業所及び当サービス提供職員又はその他職員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又は家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩致しません（守秘義務）また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。但し、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合、利用者又は家族等に関する情報を提供することがございます。事業所及びサービス提供職員又はその他職員は、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保守します。

10 サービスの利用にあたっての留意事項

- ① 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の職員に連絡ください。
- ② 職員に対する贈物や飲食のお心遣いは、ご遠慮願います。

11 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、事業所は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められ、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

12 感染症対策について

当事業における、各種感染症対策については、事業所内に設置する感染症対策委員会を中心に定期的又は必要に応じて隨時、協議・検討・実施・評価を行います。又、行政機関、及び主治医等の医療機関の指示、指導の下、迅速・適切な対処を行います。

インフルエンザやノロウイルスなどの疑いがある場合は、感染防止の観点からご利用を控えて頂く場合が御座います。

13 虐待防止について

当事業所では、高齢者虐待は人権侵害であり、犯罪行為という認識のもと、高齢者虐待防止法の理念に基づき、高齢者の尊厳の保持・人格の尊重を重視し、権利利益の擁護に資することを目的に、高齢者虐待の防止とともに高齢者虐待の早期発見・早期対応に努め、計画的に年2回以上研修を行い、高齢者虐待に該当するいずれも行いません。

14 身元保証人について

当施設においては、利用に際して、ご家族等の身元保証人をたてて頂きます。身元保証人は、次の事項について責任を負って頂きます。

- ① 利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に行われるよう、事業所に協力して頂くことになります。
- ② 契約解除又は契約の終了の場合、事業所と連携して利用者の状態に応じた適切な受け入れ先確保に努めて頂くことになります。
- ③ サービス提供時に利用者の病状が急変したり、事故が発生した場合は、至急、緊急連絡先となっている方に、当事業所から連絡をとらせていただくことになります。
- ④ 利用者が事業所に支払うべきサービスの利用料金を滞納し、再三催告してもかかわらず、その期限までにサービスの利用料金の支払いがない場合、身元保証人が支払いの義務を負うものとします。

14 合意事項について

重要事項に基づく通所介護サービスに関して、やむなく訴訟とする必要が生じた時は、釧路地方裁判所（帯広支部）をもって第一審管轄裁判所とすることを、利用者及び当事業所は予め合意致します。又、この重要事項説明書に記載のない事項については、介護保険法令等の定めるところにより、利用者及び家族並びに当事業所が協議するものと致します。

令和 年 月 日

通所介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンター そうび苑

〈説 明 者〉 職 名 生活相談員

氏 名 森 智 子 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を確かに受けました。

〈利 用 者〉 住 所

氏 名 印

〈身元保証人〉 住 所

氏 名 印
(続柄)

緊急時及び事故発生時の連絡先

かかりつけ医	1	病院名	
		担当医	
		電話番号	
	2	病院名	
		担当医	
		電話番号	
緊急連絡先	1	氏名 (続柄)	()
		電話番号 (携帯)	(- - -)
		住所	
		勤務先	
		勤務先 電話番号	- - -
	2	氏名 (続柄)	()
		電話番号 (携帯)	(- - -)
		住所	
		勤務先	
		勤務先 電話番号	- - -
請求書送付先氏名及び住所			

※かかりつけ医が2名いる場合はご記入下さい。