

指定通所介護事業所
重要事項説明書
(デイサービス)

様

社会福祉法人のじぎく福祉会
特別養護老人ホームこすもす園

1. 当事業者（法人）の概要

法人の名称	社会福祉法人のじぎく福祉会
代表者氏名	理事長 栗原 英治
法人所在地	兵庫県加古川市神野町神野 1 3 6 - 8
電話番号	0 7 9 - 4 3 8 - 9 6 9 6
FAX番号	0 7 9 - 4 3 8 - 9 6 9 7
ホームページ	http://www.nojigiku.or.jp/
設立年月日	平成2年12月28日

2. 当事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所の名称	特別養護老人ホームこすもす園
指定事業所番号	2 8 7 2 2 0 0 2 0 5
事業所の所在地	兵庫県加古川市神野町神野 1 3 6 - 8
電話番号	0 7 9 - 4 3 8 - 7 8 3 6
開設年月日	平成3年10月1日
管理者	好城 正美
通常の事業の実施地域	加古川市・稲美町・三木市別所町下石野 ※この地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 施設の概要

建物の構造	鉄筋コンクリート造 地上2階建 (特別養護老人ホームこすもす園に併設した1階)
設備	浴室(一般浴室・機械浴室)、食堂、機能訓練室、静養室
利用定員	33名/日
交通機関	お車の場合 東播磨道医療センターランプすぐ バスの場合 県立加古川医療センターより徒歩10分

(3) 営業日時及び休日

営業日・営業時間	月～土曜日 8時30分から17時30分
連絡先	0 7 9 - 4 3 8 - 7 8 3 6 0 7 9 - 4 3 8 - 7 7 7 0(代)
休日	日曜日及び12月30日から1月3日
営業時間外の連絡	※宿直員により対応いたします。

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	利用者の社会的孤立感の解消及び心身状態の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るため、要介護状態にある高齢者に対し、適正な通所介護を提供する。
運営方針	要介護者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上必要な世話及び機能訓練を行う。 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4. 事業所の職員体制

職 種		職 務 内 容
管 理 者	常勤 1名	事業所の管理・運営
生活相談員	常勤 2名以上	介護サービス計画の作成 居宅介護支援事業者等の連絡調整
介 護 職 員	常勤3名以上 非常勤2名以上	介護サービスの実施 身体介護及びレクリエーションなど
看 護 職 員	常勤 1名以上	健康状態のチェック、必要な医療処置 の実施
機能訓練指導員	常勤 1名以上	機能訓練の実施

5. 主なサービス内容及び手続きの説明

(1) 介護サービスご利用の前に

- 介護サービスご利用前には、必ず「介護保険被保険者証」をご提示ください。
また、介護保険被保険者証の内容が変わった場合にも必ず「介護保険被保険者証」をご提示ください。
ご提示の際、特に以下の点をご確認ください。

ご確認いただく点	内容
要介護状態区分等	空白または自立の場合は、介護保険の適用外となります。
認定の有効期間	ご利用期間が認定の有効期間内でない場合は保険証を使えません。
居宅サービス	ご利用期間が区分支給限度基準額期間内でない場合は保険証を使えません。

- 生活保護等の公的扶助または各種減額、軽減措置を受けられている場合は事前にお申し出ください。
また、各種減額証・減免証をお持ちの場合は、必ずサービスご利用前にご提示ください。
- 要介護認定を受けていない場合のサービスご利用（償還払い）の詳細につきましては、契約者の担当介護支援専門員（ケアマネージャー）にご相談ください。

■介護サービスご利用の個別計画

契約者の担当介護支援専門員（ケアマネージャー）が作成した居宅介護計画（ケアプラン）に基づき、契約者の状況に合った介護サービス案を作成いたします。その後、介護サービス開始前に契約者、もしくは家族等に対して説明を行い、同意を得たうえで決定いたします。ご利用中の介護計画変更の際にも契約者および家族等の同意を得て計画を変更いたします。

（２）介護サービスの利用中止、変更、追加

- 契約者の都合による居宅介護計画（ケアプラン）の変更は可能です。計画を変更される場合は、ご利用前日までに当園へご連絡ください。
- ご利用中止の場合は、ご利用前日の午後５時３０分までにこすもす園へ必ずご連絡ください。

こすもす園デイサービス 電話（０７９）４３８－７８３６
こすもす園代表 電話（０７９）４３８－７７７０

～介護保険適用による介護サービスをご利用の際は、居宅介護計画が必要です～

居宅介護計画（ケアプラン）とはご契約者に対する介護を行う際の「介護の計画書」です。

お客様ご担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）が作成し、当園は作成された居宅介護計画に基づいて介護サービスの提供を行います。

■要介護認定を受けている場合

もよりの居宅介護支援事業所に居宅介護計画の作成をお申し込みください。

介護計画作成の際、こすもす園介護サービスご利用希望の旨を、介護支援専門員（ケアマネージャー）にお伝えください。

■要介護認定を受けていない場合

お住まいの市役所・役場の介護保険課もしくは、もよりの居宅介護支援事業者に要介護判定をお申し込みください。

判定の結果、要介護認定を受けた場合は、もよりの居宅介護支援事業者に居宅介護計画（ケアプラン）の作成を依頼してください。

(3) 介護保険対象のサービス

以下のサービスの金額は法定介護報酬額によります。詳しい金額につきましては、次頁・料金表を参照の上、居宅介護計画（ケアプラン）作成の際に確認ください。

項目	内容
園内での介護	食事・入浴・排泄など日常生活に必要な介護や、生活相談援助をいたします。その他契約者の状況により必要なお手伝い、健康管理、ゲーム・体操なども実施します。
送迎	自宅とこすもす園の間の送迎をいたします。車いすでも利用いただけます。

(4) サービスの終了について

■この場合 契約は終了 します	<ul style="list-style-type: none"> ①契約者が死亡された場合。 ②要介護認定により契約者が自立・要支援と判定された場合。 ③当園が解散、破産、またはやむをえない事由により閉鎖した場合。 ④当園の滅失や重大な毀損により、介護サービスの提供が不可能になった場合。 ⑤当園が介護保険の指定を取り消された場合。 ⑥当園が介護保険の指定を辞退した場合。 ⑦契約者が解約または契約解除の申し出をされた場合。 (希望日の7日前までにお申し出ください) ⑧当園が契約解除を申し出た場合。(1ヶ月前までに通知いたします)
■この場合 契約者は即 時に契約を 解除するこ とができま す	<ul style="list-style-type: none"> ①契約者が介護保険給付対象外サービスのご利用料金の変更に同意できない場合。 ②契約者が当園の運営規程の変更に同意できない場合。 ③契約者が入院された場合。 ④当園が正当な理由なく契約に定めるサービスを実施しない場合。 ⑤当園が契約者の守秘義務に違反した場合。 ⑥当園が故意または重大な過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つける行為をおこなった場合。 ⑦他のお客様による契約者の身体・財物・信用等を傷つける行為の恐れがある場合において、当園が適切な対応をとらない場合。 <p>※上記理由により解約料の請求は一切いたしません。</p>
■この場合 当園が契約 を解除いた します。	<p>※以下の場合は、事業者より1ヶ月前に契約者に通知いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①契約者が契約の際、心身の状況および病歴等の重要事項を当園にお伝えいただけなかったことに起因して重大な問題が発生した場合。 ②契約者が契約の際、心身の状況および病歴等の重要事項について、当園に偽りの情報をお伝えされたことに起因して重大な問題が発生した場合。 ③契約者によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延した場合。 ④契約者が故意または重大な過失により他の利用者または当園および当園職員等の身体・財物・信用等を傷つける行為をされた場合。 ⑤契約者の行動により他の利用者または当園および当園職員等の生命・身体・健康に重大な影響を及ぼすおそれがある場合。 ⑥契約者が当園において重大な自傷行為をなさるおそれがある場合。

6. サービス利用料及び利用者負担

料金表 ※端数処理の関係により実際の請求額と若干異なることがあります。

※ () 外の数字は介護サービス費の10割、() 内の数字は介護サービス費の1割の金額となっています。

(1) 介護保険対象サービス

項目 (1回あたり)	8時間超9時間未満	7時間超8時間未満	6時間超7時間未満
要介護1	6,783円 (679円)	6,672円 (668円)	5,921円 (593円)
要介護2	8,020円 (802円)	7,878円 (788円)	6,986円 (699円)
要介護3	9,278円 (928円)	9,126円 (913円)	8,071円 (808円)
要介護4	10,555円 (1,056円)	10,373円 (1,038円)	9,136円 (914円)
要介護5	11,843円 (1,185円)	11,640円 (1,164円)	10,221円 (1,023円)
	5時間超6時間未満	4時間超5時間未満	3時間超4時間未満
要介護1	5,779円 (578円)	3,934円 (394円)	3,751円 (376円)
要介護2	6,824円 (683円)	4,502円 (451円)	4,289円 (429円)
要介護3	7,878円 (788円)	5,090円 (509円)	4,857円 (486円)
要介護4	8,923円 (893円)	5,678円 (568円)	5,404円 (541円)
要介護5	9,977円 (998円)	6,256円 (626円)	5,962円 (597円)

当園の体制や利用者様の状況等により、下記の費用を算定させて頂く場合があります。

送迎減算	送迎を行わない場合は片道につき476円(48円)減算	
入浴介助加算Ⅰ	405円	(41円)
入浴介助加算Ⅱ	557円	(56円)
中重度者ケア体制加算	456円	(46円)
生活機能向上連携加算Ⅰ	1,014円	(102円)
生活機能向上連携加算Ⅱ	2,028円	(203円)
生活機能向上連携加算Ⅱ (個別機能訓練加算を算定の場合)	1,014円	(102円)
個別機能訓練加算Ⅰイ	567円	(57円)
個別機能訓練加算Ⅰロ	770円	(77円)
個別機能訓練加算Ⅱ	202円	(21円)
ADL維持等加算Ⅰ	304円	(31円)
ADL維持等加算Ⅱ	608円	(61円)
認知症加算	608円	(61円)
若年性認知症利用者受入加算	608円	(61円)
栄養アセスメント加算	507円	(51円)
栄養改善加算	2,028円	(203円)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	202円	(21円)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	50円	(5円)
口腔機能向上加算Ⅰ	1,521円	(153円)
口腔機能向上加算Ⅱ	1,622円	(163円)

科学的介護推進体制加算	405円 (41円)
感染症等対応加算	所定単位数の100分の3×10.14 (左記の1割)
サービス提供体制強化加算Ⅰ	223円 (23円)
サービス提供体制強化加算Ⅱ	182円 (19円)
サービス提供体制強化加算Ⅲ	60円 (6円)
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の1000分の92×10.14 (左記の1割)
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の1000分の90×10.14 (左記の1割)
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の1000分の80×10.14 (左記の1割)
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の1000分の64×10.14 (左記の1割)

※法定受領代理サービスを利用できず償還払いとなる場合、一度利用料を全額自己負担して頂きます。併せてサービス提供証明書を発行いたします。

※要介護認定の結果、自立（非該当）と判定された場合には、利用料は全額自己負担となります。

(2) 介護保険外サービス

以下のサービスは、介護保険の対象外です。実費をいただきます。

項目	金額	項目	金額
昼食代(1食あたり)	660円	紙オムツ・紙パンツ(1枚)	100円
夕食代(1食あたり)	610円	尿とりパット(1枚)	50円
喫茶(1杯)	120円	交通費*1 通常区域外送迎(片道) こすもす園から契約者宅 まで	通常区域を超えて 走行距離5キロ ごとに100円
書道(1回)	50円		
ひげそり(1本)	50円		
洗濯(1回)	100円		
行事費用	実費		

*1 通常の事業の実施区域(加古川市・稲美町・三木市別所町下石野)へのサービス提供の場合は利用料金に含まれています。

*2 キャンセル料

ご利用前日の午後5時30分までに利用中止の連絡がない時は、緊急又はやむを得ない場合を除き取消料として1,000円を頂きます。

※料金変更の際には、1ヵ月前までに文書にてお知らせいたします。

■利用料金の支払い

利用料金は利用月末締で1か月単位の支払いです。利用翌月に、前月利用分の請求書を発行します。なお、支払いは利用の翌月20日までに下記のいずれかの方法でお願いいたします。

原則として自動振替(但陽信用金庫)でのお支払いをお願いしております。

支払い方法	概要
たんよう自動振替サービス	契約者の但陽信用金庫口座より利用料金を引き落とします (別途手続きが必要です)
窓口(現金)支払い	平日午前9時から午後5時まで受付いたしております。
指定口座への振込み	振込先 但陽信用金庫 北野支店 普通預金 5011188 デイサービスセンターこすもす園 施設長 鷺坂達雄 (振込手数料は契約者負担)

7. 苦情相談窓口

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の受付担当者または第三者委員が受け付けます。

- <受付担当者> 好城正美 ・ 司馬大佑
- <受付日時> 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分
- <電話番号> 079-438-7836 (デイサービスセンター)
079-438-7770 (こすもす園)
- <第三者委員> 宗行 正明 電話(080)3137-5529
中村 昌由 電話(090)7762-9350
- <苦情解決責任者> 鷺坂 達雄 (こすもす園施設長)

※ 第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

※ 苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 公的機関における苦情受付窓口

以下のところでも苦情の受付をいたしております。

<加古川市介護保険課>

電話：(079) 427-9220 住所：加古川市加古川町北在家 2000
日時：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分まで受付

<国民健康保険団体連合会>

電話：(078) 332-5617 住所：神戸市中央区三宮町 1-9-1-1801
日時：月曜日～金曜日 午前8時45分～午後5時15分まで受付

<兵庫県運営適正化委員会>

電話：(078) 242-6868 住所：神戸市中央区坂口通 2-1-1
兵庫県福祉センター内
日時：月曜日～金曜日 午前10時～午後4時まで受付

<兵庫県加古川健康福祉事務所監査指導課>

電話：(079) 421-9296 住所：加古川市加古川町寺家町天神木 97-1
加古川総合庁舎 3階
日時：月曜日～金曜日 午前9時～午後5時30分まで受付

8. プライバシー（個人情報）の保護

当事業者がサービスを提供する際に、利用者や家族に関して知り得た情報については、サービス担当者会議などの利用者へのサービス提供のために必要な業務以外では決して他に漏れないようにします。サービスの提供に関わって、利用者の情報を他の事業者等と共有する必要があるときは、あらかじめ利用者に説明し同意書に署名捺印をいただきます。

9. 家族等への連絡

希望があった場合には、利用者に連絡するのと同様の通知を家族等へも行います。

10. 記録の保管

サービス終了後、5年間は記録を保管しています。記録の閲覧、写しの交付は本人及び家族に限ります。

11. 事故・緊急発生時の対応

(1) 事故が発生した場合

事故が発生した場合には、契約者や家族様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。

(2) 緊急時の対応について

契約者に対して緊急を要する場合、主治医および担当介護支援専門員（ケアマネージャー）へ速やかに連絡し、緊急マニュアルにしたがい、適切かつ迅速な措置を講じます。

●緊急時対応窓口 こすもす園デイサービスセンター 電話(079)438-7836

12. 非常災害時について

別紙に定める非常災害対策計画のとおりとします（窓口に設置）。

13. 損害賠償について

●当事業所の責任によって利用者に損害を生じさせた場合、当事業所は速やかにその損害を賠償いたします。ただし、利用者側の故意または過失が認められる場合において、利用者の心身状況を考慮したうえで、当事業所の損害賠償の責任を減じる場合があります。

●当事業所の責任による理由がない限り損害賠償の責任を負いません。

とりわけ、以下の場合は、当園は損害賠償責任を免れます。

① 契約者およびご家族が契約の際、または当園が契約者の状況についておたずねした際、心身の状況および病歴等の重要事項を当園にお伝えいただけなかったことに起因して重大な問題が発生した場合。

② 契約者およびご家族が契約の際に、または当園が契約者の状況についておたずねした際心身の状況および病歴等の重要事項を当園に偽ってお伝えされたこと

に起因して重大な問題が発生した場合。

- ③契約者の急激な体調の変化など、当園が実施したサービスに起因しない事由により損害が発生した場合。
- ④契約者が、当園および当園職員の指示等に反して行った行為により損害が発生した場合。

当事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン株式会社
加入保険名	しせつの損害補償

内容詳細についてお知りになりたい場合は、当事業所までご連絡ください。

14. 担当者の禁止行為

サービス提供契約の実施以外の営利行為や宗教勧誘は行いません。

15. 重要事項の変更について

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合には、利用者に書面にて通知し、同意を得るものとします。

■説明のご確認

説明日時 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分

説明場所 _____

指定通所介護サービスの提供に際し、この書面にに基づき、この重要事項説明書に記載する事項の説明を行いました。

事業者 特別養護老人ホームこすもす園 施設長 鷺坂 達雄 印

説明者 職名 生活相談員 氏名 印

私は、この書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの開始に同意しました。

契約者（利用者） 住所

氏名 印

連帯保証人 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、指定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します。

署名代行者 住所

氏名 印

