

第1号通所事業

デイサービスセンター ほっと倶楽部 重要事項説明書

_____様（利用者）に対する通所介護サービス・通所型サービス（現行相当）の提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社光栄メディカル
主たる事業所の所在地	〒651-2115 神戸市西区伊川谷町別府7 1 9-1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 豫風 浩行
設立年月日	平成11年10月13日
電話番号	078-978-1294

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンターほっと倶楽部	
①サービスの種類	通所介護	
サービス対象者	要介護者（要介護1～5）	
②サービスの種類	通所型サービス（現行相当サービス）	
サービス対象者	要支援者（要支援1・2）、事業対象者	
事業所の所在地	〒651-2115 神戸市西区伊川谷町別府7 1 9-1	
電話番号	078-978-1294	
指定年月日・事業所番号	平成18年4月1日指定	2875201796
管理者の氏名	豫風 浩行	
通常の事業の実施地域	神戸市西区、神戸市垂水区、明石市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護、要支援、事業対象状態等である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、通所介護、通所型サービス（現行相当）を提供することを目的とします。
-------	--

運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関連法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 また、通所介護、通所型サービス（現行相当）の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関へ情報提供を行います。
-------	---

4. 提供するサービスの内容

通所介護、通所型サービス（現行相当）は、事業者が設置する事業所に通っていただき、利用者ができることは利用者が行うことを基本とし、入浴、排せつや食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	毎週月曜日から土曜日まで
定休日	毎週日曜日と年末年始（12月31日から1月3日）
営業時間	午前8時00分から午後6時00分まで
サービス提供時間	午前9時10分から午後4時40分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 2人
看護職員	非常勤 3人
介護職員	常勤 4人、非常勤 3人
機能訓練員	非常勤 3人

7. 事業所の管理者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。
 サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	豫風 浩行
----------	-------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いただく「利用者負担金」は、原則として負担者割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 通所介護、通所型サービス（現行相当）の利用料

◎【基本部分】 ●通所介護（要介護1～5） ●通所型（要支援1・2 事業対象者）

利用者の 要介護度	頻度	単位数	基本 利用料 (※1)	利用者負担（※2）		
				(1割)	(2割)	(3割)
要介護 1	3時間以上 4時間未満	370 単位	3,899	390	780	1,170
〃	4時間以上 5時間未満	388 単位	4,089	409	818	1,227
〃	5時間以上 6時間未満	570 単位	6,007	601	1,202	1,803
〃	6時間以上 7時間未満	584 単位	6,155	616	1,231	1,847
〃	7時間以上 8時間未満	658 単位	6,935	694	1,387	2,081
〃	8時間以上 9時間未満	669 単位	7,051	706	1,411	2,116
要介護 2	3時間以上 4時間未満	423 単位	4,458	446	892	1,338
〃	4時間以上 5時間未満	444 単位	4,679	468	936	1,404
〃	5時間以上 6時間未満	673 単位	7,093	710	1,419	2,128
〃	6時間以上 7時間未満	689 単位	7,262	727	1,453	2,179
〃	7時間以上 8時間未満	777 単位	8,189	819	1,638	2,457
〃	8時間以上 9時間未満	791 単位	8,337	834	1,668	2,502
要介護 3	3時間以上 4時間未満	479 単位	5,048	505	1,010	1,515
〃	4時間以上 5時間未満	502 単位	5,291	530	1,059	1,588
〃	5時間以上 6時間未満	777 単位	8,189	819	1,638	2,457
〃	6時間以上 7時間未満	796 単位	8,389	839	1,678	2,517
〃	7時間以上 8時間未満	900 単位	9,486	949	1,898	2,846
〃	8時間以上 9時間未満	915 単位	9,644	965	1,929	2,894
要介護 4	3時間以上 4時間未満	533 単位	5,617	562	1,124	1,686
〃	4時間以上 5時間未満	560 単位	5,902	591	1,181	1,771
〃	5時間以上 6時間未満	880 単位	9,275	928	1,855	2,783
〃	6時間以上 7時間未満	901 単位	9,496	950	1,900	2,849

〃	7時間以上 8時間未満	1,023 単位	10,782	1,079	2,157	3,235
〃	8時間以上 9時間未満	1,041 単位	10,972	1,098	2,195	3,292
要介護 5	3時間以上 4時間未満	588 単位	6,197	620	1,240	1,860
〃	4時間以上 5時間未満	617 単位	6,503	651	1,301	1,951
〃	5時間以上 6時間未満	984 単位	10,371	1,038	2,075	3,112
〃	6時間以上 7時間未満	1,008 単位	10,624	1,063	2,125	3,188
〃	7時間以上 8時間未満	1,148 単位	12,099	1,210	2,420	3,630
〃	8時間以上 9時間未満	1,168 単位	12,310	1,231	2,462	3,693
要支援 1 (神)	月額包括(利用 4 回/月)	1,798 単位	18,950	1,895	3,790	5,685
要支援 2 (神)	月額包括(利用 4 回/月)	1,798 単位	18,950	1,895	3,790	5,685
〃	月額包括(利用 8 回/月)	3,621 単位	38,165	3,817	7,633	11,450
事業対象者(神)	月額包括(利用 4 回/月)	1,798 単位	18,950	1,895	3,790	5,685
要支援 1 (明)	月 4 回まで 1 回につき	405 単位	4,159	416	832	1,248
要支援 1 (明)	月 5 回以上 月包括	1,672 単位	17,171	1,718	3,435	5,152
要支援 2 (明)	月 8 回まで 1 回につき	416 単位	4,272	428	855	1,282
要支援 2 (明)	月 9 回以上 月包括	3,368 単位	34,589	3,459	6,918	10,377
事業対象者(明)	月 4 回まで 1 回につき	405 単位	4,159	416	832	1,248
事業対象者(明)	月 5 回以上 月包括	1,672 単位	17,171	1,718	3,435	5,152
事業対象者(明)	月 8 回まで 1 回につき	416 単位	4,272	428	855	1,282
事業対象者(明)	月 9 回以上 月包括	3,368 単位	34,589	3,459	6,918	10,377

※ (神) 神戸市の方対象

※ (明) 明石市の方対象

※ 上記基本利用料表は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

◎【加算】通所介護

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利 用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割
入浴介助加算 (40単位/日)	計画を作成し、実際に入浴介助を行った場合。	421	43	85	127
個別機能訓練加算 (Ⅰ)イ (56単位/日)	機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して利用者毎の心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成しそれに基づき、機能訓練の項目を準備し利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に行った場合。	590	59	118	177
送迎減算 (47単位/片道)	何らかの理由により、送迎を行わない場合(利用者のご自身で事業所へ通所する場合やご家族等が送迎する場合など)には、送迎未実施に係る減算の対象	495	50	99	149
介護職員等処遇改善加算(Ⅱロ)※	資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進め、経験・技能ある介護職員に重点化し、職員の更なる処遇改善を行う。	総単位数に 11.8%を乗じた単位数			

※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

※ 上記の加算表は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら加算も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい加算を書面でお知らせします。

◎【加算】通所型サービス（現行相当）

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件		加算額			
			基本 利用料	利用者負担額		
				1割	2割	3割
送迎減算 (同一建物減算) (神戸市のみ)	送迎の利用がない場合	事業対象者・要支援1 週1回程度の要支援2 (376単位/月)	3,963	397	793	1,189
		週2回程度の要支援2 (752単位/月)	7,926	793	1,586	2,378
介護職員等処遇 改善加算(Ⅱロ) ※	資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進め、経験・技能ある介護職員に重点化し、職員の更なる処遇改善を行う。		総単位数に11.8%を乗じた単位数			

※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

※(神)は神戸市の方対象

※(明)は明石市の方対象

※上記の加算表は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら加算も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい加算を書面でお知らせします。

◎料金についての留意事項

(※)通所介護は地域区別の単位(神戸市：4級地 10.54円)を含んだ金額です。

(※)通所型サービス(現行相当)は地域区別の単位(神戸市：4級地 10.54円
明石市：6級地 10.27円)を含んだ金額です。

(※)介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担頂くこととなりますので、ご注意ください。

(2) その他の費用

昼食費1食当たり780円(昼食のみ720円おやつのみ100円)

上記の他、レクリエーション費用(行事諸経費を含む)及び次に記載した日常生活用品等につきましては、利用者様の自己負担となります。

内 容	費 用	内 容	費 用
各種嗜好品	実 費	施設内理美容費	実 費
紙おむつ等リネン費	実 費	コピーサービス	1枚 10円

※上記以外にもご利用者が個人的に必要な物品は、実費となります。

(3) キャンセル料

通所介護サービスは、利用日前日午後6時迄にご連絡を頂いた場合はキャンセル料は不

要です。利用日前日午後 6 時迄にご連絡を頂けなかった場合は、デイサービス利用料の 100%のキャンセル料を徴収致します。

通所型サービス(現行相当)は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

(4) 支払い方法

(1) 毎月 15 日までに前月分の請求を致します。同月 27 日に収納代行会社(明治安田収納ビジネスサービス株式会社)より口座振替致します。

(2) 上記口座自動振替のほか、窓口現金支払いも可能ですので、ご契約時にご確認の上お選び下さい。

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払日から 1 ヶ月滞納し、滞納に係る督促日から 14 日経過した場合、利用契約を解除し未払い金の全額を請求致します。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の居宅ケアマネージャー、担当の地域包括支援センター等及び神戸市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

① 相談・苦情受付時間等

月曜日～土曜日（日・祭日は除く） 午前9時～午後6時

② 連絡先 電話番号：(078) 978-1294

③ 相談窓口担当者

施設及び職員に関して： 施設長

利用者の生活介護に関して：小谷 秀子 ・ 平山 幸子

手続き、提供サービス全般：小谷 秀子 ・ 平山 幸子

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

兵庫県国民健康保険団体連合会 月曜日～金曜日
(午前8時45分～午後5時15分)
連絡先 078-332-5617

神戸市消費生活センター 月曜日～金曜日
(午前9時00分～午後5時00分)
連絡先 078-371-1221

養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話（監査指導部内）
平日 8：45～12：00
13：00～17：30
連絡先 078-322-6774

神戸市福祉局監査指導部 平日 8：45～12：00
13：00～17：30
連絡先 078-322-6326

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に御気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター等又は当事業所の担当者へ連絡ください。

- (4) 介護保険制度は、介護が必要となった方が、その介護度に応じて必要な介護を利用できる制度となっております。そのため、介護を受けられた結果、元気になり、要介護度が下がる又は介護が必要でない状態（自立）となる場合がございます。要介護度が変わった場合、それまで受けていたサービスの回数等が変更となる場合がございますので、あらかじめご了承ください。詳しくは、担当ケアマネージャー又は市介護保険課にお問合せください。

13.非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しています。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	神戸市西区伊川谷町別府 719 番 1
	事業者（法人）名	株式会社 光栄メディカル
	代表者職・氏名	代表取締役 豫風 浩行 印
	説明者職・氏名	印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住所	
	氏名	印

身元引受人（連帯保証人）	住所	
	本人との続柄	
	氏名	印

立会人	住所	
	氏名	印