

介護事業重要事項説明書

いぼがわ荘通所介護事業所

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重要事項を記したものです。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人いぼがわ福祉センター
- (2) 法人所在地 兵庫県たつの市揖保川町半田608番地1
- (3) 電話番号 0791-72-6600 (代)
- (4) 代表者氏名 理事長 古橋 淳夫
- (5) 設立年月日 平成5年4月1日

2. 事業所の内容等

- (1) 施設の種類
指定通所介護事業所 平成12年4月1日指定兵庫県 1999-2298号
※当事業所は特別養護老人ホームいぼがわ荘に併設されています。
- (2) 施設の名称 いぼがわ荘通所介護事業所
- (3) 施設の所在地 兵庫県たつの市揖保川町半田608番地1
- (4) 電話番号 0791-72-6600 (代)
FAX番号 0791-72-5750
- (5) 施設長(管理者)氏名 山本 孝子
- (6) 開設(サービス開始)年月 平成5年4月12日
- (7) 併設事業

事業の種類	兵庫県知事の事業者指定	利用定数
特別養護老人ホーム	兵庫県指令福第29号-2	65名
短期入所生活介護	兵庫県指定長1999-1720	5名
居宅介護支援事業所	兵庫県指定長1999-549	

(8) 事業実施地域

たつの市(旧御津町、旧新宮町を除く)

(9) 営業日及び営業時間

	通所介護
営業日	月～土曜日
受付時間	8：45～17：15
サービス提供時間帯	月～土曜日 9：15～16：30

(12/31～1/3 正月休み) (8/14・8/15 盆休み)

(10) 利用定員

通所介護 35人(1日の利用定員)

その他 5人程(支援1・支援2・事業対象者)

3. 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。

○通所介護

1. 管理者	(兼務) 1名	8：45～17：15
2. 介護職員	6名以上	
3. 生活相談員	1名以上	
4. 看護師	1名以上	
5. 機能訓練指導員	(兼務) 1名以上	

《配置職員の種類》

介護職員	ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
生活相談員	ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
看護師	主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護・介助等も行います。
機能訓練指導員	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又はその減退を防止するための訓練を行います。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約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）

また、それぞれのサービスについて

○利用料金が介護保険から給付される場合

○利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合

が、あります。

（１）介護保険の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、利用料金の大部分（通常９割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要（通所介護）〉

① 食事

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態及び嗜好を配慮した食事を提供します。
- ・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

- ・入浴は毎日行います。
- ・身体に応じて機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限利用した援助を行います。

④ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、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又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

- ・医師や看護師が健康管理を行います。

〈サービス利用料金（１日あたり）〉（契約書第１０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費額を除いた金額（自己負担額）をお支払ください。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

○通所介護サービス料金

〈3時間以上4時間未満〉 単価(円)

	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 ご契約者のサービス利用料金	3,700	4,230	4,790	5,330	5,880
2 うち、介護保険から給付される金額(1割)	3,330	3,807	4,311	4,797	5,292
2 うち、介護保険から給付される金額(2割)	2,960	3,384	3,832	4,264	4,704
3 サービス利用に係る自己負担額(1割負担)	370	423	479	533	588
3 サービス利用に係る自己負担額(2割負担)	740	846	958	1,066	1,176

〈4時間以上5時間未満〉 単価(円)

	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 ご契約者のサービス料金	3,880	4,440	5,020	5,600	6,170
2 うち、介護保険から給付される金額(1割)	3,492	3,996	4,518	5,040	5,553
2 うち、介護保険から給付される金額(2割)	3,104	3,552	4,016	4,480	4,936
3 サービス利用に係る自己負担額(1割負担)	388	444	502	560	617
3 サービス利用に係る自己負担額(2割負担)	776	888	1,004	1,120	1,234

〈5時間以上6時間未満〉 単価(円)

	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 ご契約者のサービス利用料金	5,700	6,730	7,770	8,800	9,840
2 うち、介護保険から給付される金額(1割)	5,130	6,057	6,993	7,920	8,856
2 うち、介護保険から給付される金額(2割)	4,560	5,384	6,216	7,040	7,872
3 サービス利用に係る自己負担額(1割負担)	570	673	777	880	984
3 サービス利用に係る自己負担額(2割負担)	1,140	1,346	1,554	1,760	1,968

〈6時間以上7時間未満〉 単価（円）

	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 ご契約者のサービス利用料金	5,840	6,890	7,960	9,010	10,080
2 うち、介護保険から給付される金額（1割）	5,256	6,201	7,164	8,109	9,072
2 うち、介護保険から給付される金額（2割）	4,672	5,512	6,368	7,208	8,064
3 サービス利用に係る自己負担額（1割負担）	584	689	796	901	1,008
3 サービス利用に係る自己負担額（2割負担）	1,168	1,378	1,592	1,802	2,016

〈7時間以上8時間未満〉 単価（円）

	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 ご契約者のサービス利用料金	6,580	7,770	9,000	10,230	11,480
2 うち、介護保険から給付される金額（1割）	5,922	6,993	8,100	9,207	10,332
2 うち、介護保険から給付される金額（2割）	5,264	6,216	7,200	8,184	9,184
3 サービス利用に係る自己負担額（1割負担）	658	777	900	1,023	1,148
3 サービス利用に係る自己負担額（2割負担）	1,316	1,554	1,800	2,046	2,296

単価（円）

	入浴介助加算	サービス提供体制強化加算 I
1 ご契約者のサービス利用料金	400	220
2 うち、介護保険から給付される金額（1割）	360	198
2 うち、介護保険から給付される金額（2割）	320	176
3 サービス利用に係る自己負担額（1割負担）	40	22
3 サービス利用に係る自己負担額（2割負担）	80	44

(1) 介護職員処遇改善加算 I (「基本サービス費」と「(算定した) 加算」の合計金額に約 9.20%を掛けた金額) が加算されています。

科学的介護推進体制加算、40 単位/月が加算されます。

○介護予防通所介護サービス料金

基本介護費

(円)

	要支援 1	要支援 2
1 ご契約者のサービス利用料金	17,980	36,210
2 うち、介護保険から給付される金額 (1割)	16,182	32,589
2 うち、介護保険から給付される金額 (2割)	14,384	28,968
3 サービス利用に係る自己負担額 (1割負担)	1,798	3,621
3 サービス利用に係る自己負担額 (2割負担)	3,596	7,242

体制加算

(円)

2 うち、介護保険から給付される金額 (1割負担)	648	1,296
2 うち、介護保険から給付される金額 (2割負担)	576	1,152
3 サービス利用に係る自己負担額 (1割負担)	72	144
3 サービス利用に係る自己負担額 (2割負担)	144	288

緩和した基準による通所型サービス

単価 (円)

利用回数に応じた利用料	332/回
-------------	-------

※一定以上の所得がある方は、自己負担割合が2割になります。

また、限度回数を超える利用の場合、全額自己負担となります。

利用料 2,000 円食費 650 円入浴 400 円になります。

(1) 介護職員処遇改善加算 I は 31 単位が加算されます。

(2) 介護保険給付対象とならないサービス (契約書第 5 条参照)

以下のサービスは利用料金の金額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 介護保険給付の支給限度額を超えてのサービス

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 5

(1) のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額 (自己

負担額ではありません)が必要となります。

② 日常生活上必要となる諸経費実費

日常生活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いただきます。

③ おむつ代

④ 食費 料金：1食あたり650円（おやつ、喫茶代含む）

(3) 利用料金のお支払方法（契約書第10条参照）

前記（1）（2）の料金・費用は次のとおりお支払いください。

○通所介護：月の最終利用日もしくは次月の最初の利用日に請求書をお渡しいたします。請求書発行後の最初の利用日に料金の徴収を行います。

(4) 利用の中止・変更・追加（契約書第11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、利用予定日の前日までに事業者申し出てください。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所及び訪問介護員の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービス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。

(5) サービス利用中の医療の提供について

緊急時医療を必要とする場合には、ご契約者の希望・ご家族との相談等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。（ただし、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。又、下記医療機関での診療・入院治療を義務付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	医療法人古橋会 揖保川病院
所在地	たつの市揖保川町半田703番地1
診療科	神経内科・精神科

② 協力医療機関

医療機関の名称	うえだハートクリニック
所在地	たつの市揖保川町新在家15番地121

※緊急時の対応

事故発生や利用者の体調悪化等に対し、①家族へ連絡 ②かかりつけ医への連絡 ③協力病院への連絡を取ります。

5. 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等に配慮する等、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、次のこととします。

①	ご契約者の生命・身体・財産の安全に配慮します。
②	ご契約者の体調・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。
⑤	ご契約者に対する身体的拘束その他の行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約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、記録を記載する等適当な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
⑥	ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者の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。
⑦	事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご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）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。又、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。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

※危険物・ペット・その他利用時にお尋ねください。

(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ください。

○故意に又は僅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・営利活動等を行うことはできません。

(3) 喫煙

施設内の喫煙はできません。

7. 苦情の受付について

(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。

苦情受付窓口（担当者）	管理者 山本 孝子
電話番号	0791-72-6600（代）
受付時間	8：45～17：15（月曜日～金曜日）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険 団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 078-332-5617 FAX番号 078-332-5650 受付時間 9：00～17：15（月曜日～金曜日）
○揖保川総合支所 地域振興課 市民健康福祉係	所在地 たつの市揖保川町正條279-1 電話番号 0791-72-2523 FAX番号 0791-72-6076 受付時間 9：00～17：15（月曜日～金曜日）
○たつの市 高年福祉課 介護保険係	所在地 たつの市龍野町富永1005-1 電話番号 0791-64-3155 FAX番号 0791-63-0863 受付時間 9：00～17：15（月曜日～金曜日）
○新宮総合支所 地域振興課 市民健康福祉係	所在地 たつの市新宮町宮内16 電話番号 0791-75-0253 FAX番号 0791-75-0264 受付時間 9：00～17：15（月曜日～金曜日）
○御津総合支所 地域振興課 市民健康福祉係	所在地 たつの市御津町釜屋356-1 電話番号 079-322-1451 FAX番号 079-322-2625 受付時間 9：00～17：15（月曜日～金曜日）
○太子町 高年介護課 介護保険係	所在地 揖保郡太子町鵜280-1 電話番号 079-276-6715 FAX番号 079-277-6031 受付時間 9：00～17：15（月曜日～金曜日）

令和 年 月 日

下記の契約を証するため本書2通を作成し、契約者、事業者、立会人が署名の上、契約者、事業者が各1通を保有するものとします。

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

事業者 いぼがわ荘通所介護事業所

説明場所 自宅 ・ その他 ()

説明者職名 生活相談員 ・ 介護支援専門員

氏 名 (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、通所介護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)

電話番号 () -

私は、契約者が事業者から契約書の説明を受け、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行います。

代理人・署名代行者

住 所

氏 名 (印)

契約者との関係 ()

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用・提供又は収集することに同意します。

記

1. 使用する目的

- (1) 事業者が、介護保険法に関する法令に従い居宅サービス計画に基づき、通所介護サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合
- (2) 事業者が、居宅サービス計画の変更等によって利用者を他の居宅介護支援事業者又は他の施設へ紹介する等の援助を行うに際し、必要な個人情報を使用する場合

2. 使用に当たっての条件

個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

3. 個人情報の内容

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ・ 認定調査、主治医意見書、介護認定審査会における判定の意見（認定結果通知書）
- ・ その他の情報

令和 年 月 日

社会福祉法人いぼがわ福祉センター

いぼがわ荘通所介護事業所 御中

利用者 住所

氏名 ㊟

利用者家族 住所

氏名 ㊟

利用者は署名できない為、利用者の意思を確認の上、私が代行します。

署名代行者 住所

氏名 ㊟