「指定居宅サービス」通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業

重　要　事　項　説　明　書

１．提供するサービスについての相談窓口

連絡先　ＴＥＬ　０７８－９６５－３０８０（午前８：３０～午後５：３０）

ＦＡＸ　０７８－９６５－３０９０

担　当　生活相談員　大西　沙也香

２．神出シニアコミュニティ　デイサービスセンター　概要

１）法人概要

事業者名	社会福祉法人　弘英会
主たる事務所の所在地	神戸市西区神出町南字谷畑３６８番地１１９
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長　　米田　秀志
設立年月日	平成　７年１１月２１日
電話番号	０７８－９６５－３０８０
ＦＡＸ番号	０７８－９６５－３０９０
併設事業	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護(ｼｮｰﾄｽﾃｲ) 神出シニアケアプランセンター(居宅介護支援事業所)
ホームページアドレス	http://www.yoneda-hospital.com/kande/

２）事業者概要

事業所名	神出シニアコミュニティ　デイサービスセンター		
所在地	神戸市西区神出町南３６８－１１９		
介護保険事業所番号	２８７５２００６０８		
管理者	宅見　壽仁		
サービス実施地域	神戸市西区及び三木市の区域 （上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください）		
利用定員	３５　名	休養室	和室　１０畳 洋室　ベッド２台設置
食堂兼機能訓練室	１室　134.24 ㎡		
主な送迎車	ｷｬﾗﾊﾞﾝ(６人乗･ﾘﾌﾄ付) ｷｬﾗﾊﾞﾝ(10 人乗) ｾﾚﾅ(8 人乗･車椅子付) ｾﾚﾅ(8 人乗･車椅子付) ｾﾚﾅ(8 人乗) ﾊｲｾﾞｯﾄ(3 人乗･ﾘﾌﾄ付)	相談室	１室
		浴室	一般浴 ライナーリフト浴

3）運営方針

居宅介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた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、入浴及び食事の提供その他の日常生活上の世話並び機能訓練を行います。

また、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行い、生活機能の維持又は向上を目指すものとする。利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。

事業の運営にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業、地域包括支援センターその他保険・医療サービス又は福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的サービスの提供に努めます。

4）職員体制

	定　数	業　務　内　容
管　理　者	1名(兼務)	事業全体の統括
生活相談員	1名以上	相談業務
看護職員	1名以上	看護業務
介護職員	4名以上	介護業務
機能訓練指導員	1名以上	機能訓練
管理栄養士	1名以上(兼務)	栄養管理業務

5）営業時間

営業時間	午前　8時３０分　～　午後　5時３０分
サービス提供時間	午前　9時３０分　～　午後　4時４５分
休　日	毎週日曜日　年末年始（１２月３１日～1月３日）

※悪天候、道路事情により、営業日であってもお休みさせて頂く場合があります。

※その他利用時間等についてはご相談下さい。

3．提供サービスについて

居宅サービス計画に沿って通所介護計画および介護予防通所介護計画を作成し、それを基に実施します

・生活指導（相談・援助等）　利用者並びにそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって対応し、可能な限り援助を行うよう努めます

・レクリエーション　行事にそってレクリエーション行事、色々な楽しい行事を企画します

・機能訓練　ご希望の方に、利用者の状況に適合した機能訓練を行います

・健康チェック　利用者のバイタルを測定し、健康状態の把握に努めます

・送迎　要介護状態にそった送迎車にて送迎いたします

・入浴　介助浴及び座位のとれない方は機械浴を用いて入浴を行います

・食事　管理栄養士の献立により、栄養と利用者の心身状況に配慮した食事を提供します

4．料金について

（1）支払い方法

利用料金の自己負担金のお支払いについては、次の２つの中からお選びください

①1ヶ月毎の現金による月払い方法（月末締め、翌月 20 日頃までの支払い）

②１ヶ月毎の銀行・郵便局からの自動引き落としによる支払方法（月末締め、翌月２７日引落）

（２）取り消し料

①ご利用日の前営業日までは無料

②同日連絡および連絡なく欠席の場合、自己負担金の５０％の取り消し料を戴くこともあります。

※ご利用日が月曜日または休前日の場合はご注意ください。

（３）利用料金

別紙料金表のとおり

５．サービスの利用方法について

（１）サービスの利用申し込み

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、まず担当の介護支援専門員または地域包括支援センターにご相談のうえ、ご連絡ください。後日当センターから訪問しご本人と面接および手続きを行います。そのうえで、利用開始日を決定いたします。

（２）サービスの終了

①利用者から契約を解除される場合

●中途解除の場合

・担当の介護支援専門員または地域包括支援センターに連絡してください

・契約の解除を希望する日の７日前までに文書でお申し出下さい

●契約解除の場合

事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に反した場合や、利用者・ご家族の方などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合は、速やかに契約の解除が出来ます

②当施設の都合で契約を解除するに至った場合

利用者がサービス利用料金の支払いを遅延した場合（契約書第２０条二に記載）や、利用者やご家族の方などが当施設や当施設職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為をおこなった場合などやむを得ない事情の場合は、本契約を解除させていただく場合がございます。この場合は、終了１カ月前までに文書で通知いたします。

③自動契約解除の場合

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約の解除を致します。

・利用者が介護保険施設等に入所した場合

・利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合

・利用者が亡くなった場合

④その他の場合はご連絡ください

※詳しくは契約書をご参照ください

６．緊急時の対応方法について

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに基づき、主治医、救急隊、家族等への連絡など適切に対応いたします。

７．非常時の災害対策について

非常時に備えて、防火管理者を定め消防計画、地震等の災害計画を作成し、日常的な点検を実施する

とともに、同一建物内施設と共に定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行います。

（１）非常時の対応　①迅速な人命救助
②職員の緊急招集
③速やかなご家族への連絡
④けがの応急処置
⑤病院への搬送
⑥地域住民の方との相互協力

（２）平常時の訓練　①職員と入所者の方で行う訓練
②職員の防災教育

（３）防災設備・・・・スプリンクラー、防火扉、防火シャッター、避難誘導灯、自動火災報知機
非常通報装置、自家発電設備、漏電火災報知器、ガス漏れ報知器
非常階段、補助散水栓
カーテン、カーペット等は、防炎性のものを使用しています

（４）その他　・防火管理者　西畑健人
・地域の消防団員との緊急時の応援要請

８．事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、利用者やその家族に対し速やかに状況を報告し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

９．損害賠償について

（１）当施設において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者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、利用者側に故意又は過失が認められる場合において利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときには、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。なお、当施設は、ひょうご福祉サービス総合補償制度に加入しています。

（２）事業者は、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、事業者は損害賠償責任を免れます。

①利用者（その家族、身元引受人等も含む）が、契約締結に際し、利用者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ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合

②利用者（その家族、身元引受人等も含む）が、サービスの実施にあたって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

③利用者の急激な体調の変化等、事業者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

④利用者が、事業者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

10. 苦情の受付について

（1）当施設における苦情の受付

苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。さらに第三者は、苦情解決を図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。また、苦情解決責任者は、苦情の申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。

○第三者委員　[職　名]　小澤　正人
　[連絡先]　神戸市西区神出町　０７８－９６５－２６０４
○第三者委員　[職　名]　監事　琴浦　圭子
　[連絡先]　明石市太寺　０７８－７８５－８６６６
○苦情受付担当者　[職　名]　デイサービスセンター　主任　畦崎　哉恵
　[連絡先]　受付時間　毎週月曜日～土曜日（９：００～１７：００）
　ＴＥＬ　０７８－９６５－３０８０
○苦情解決責任者　[職　名]　施設長　宅見　壽仁

（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　神戸市中央区三宮町１丁目９番１－１８０１号
ＴＥＬ　（０７８）３３２－５６１７
ＦＡＸ　（０７８）３３２－５６５０
受付時間　平日（８：４５～１７：１５）
○神戸市　福祉局　監査指導部
ＴＥＬ　（０７８）３２２－６３２６
受付時間　平日（８：４５～１２：００　／　１３：００～１７：３０）
○要介護施設従事者等による高齢者虐待通報専門電話（監査指導部内）
ＴＥＬ　（０７８）３２２－６７７４
受付時間　平日（８：４５～１２：００　／　１３：００～１７：３０）
○神戸市消費生活センター
ＴＥＬ　（０７８）３７１－１２２１
受付時間　平日（９：００～１７：００）

11. サービス提供における事業者の義務

（1）利用者の生命、身体、財産の安全に配慮したサービス提供を行います。

（2）利用者の体調・健康状態からみて必要な場合には、別紙「利用同意書兼緊急連絡票」にご家族へ状態報告についてのご連絡をいたします。ご家族と相談の上で対応について決めさせていただきます。

（3）非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行います。

（4）利用者に対する身体拘束その他の行動を制限する行為は行いません。

但し、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、必要となった理由および行った期間を記録に記載するなどして、適切な手続きにより身体等を拘束する

場合はあります。

12. 秘密の保持

利用者又はその家族の個人情報については、当事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又はその代理人の了解を得るものとします。なお、個人情報の範囲については、介護サービスの円滑な提供に必要な最小限度のものとします。

13. 記録の保管

当事業所は、サービス提供に関する記録（提供した具体的なサービス内容等の記録を含む）を整備し、サービス提供の終了の日から5年間保存します。

又、ご希望により利用者及びご家族に限り記録の閲覧および写しを交付します。

14. 緊急時の対応

サービスの提供による事故発生や体調悪化等の緊急時には、速やかに利用者の家族や主治医、協力医療機関への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、必要な場合は、担当の介護支援専門員、地域包括支援センター及び市へ報告します。		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	
	電話番号	
	診療科	
	契約の概要	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	

令和　　年　　月　　日、　　時　　分 ～　　時　　分

指定居宅サービスを利用するに当たって、本書面に基づき重要事項の説明をおこないました。

事業者
　住　所　神戸市西区神出町南字谷畑３６８番地１１９
　名　称　社会福祉法人　弘英会
　代表者　理事長　米田　秀志　　印

○説明者　職名　　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、同意しました。

○利用者

　住　所

　氏　名　　印

私は、利用者が事業者から重要事項の説明を受け、同意したことを確認しましたので、私が利用者に代わって署名を代行いたします。

○署名代行者

　住　所

　氏　名　　印
（利用者との続柄　　）

○身元引受人

　住　所

　氏　名　　印
（利用者との続柄　　）

【Ｒ６．７改訂】

料　金　表

【介護予防・日常生活支援総合事業】

（１）要綱の適用を受けるサービス（利用料１割または２割・３割が自己負担）

１単位を１０.５４円として算定します（神戸市内に所在する事業所）

[基本部分]

要支援区分	単　位　数	要支援区分	単　位　数
事業対象者・要支援１	1,７９８／月	要支援２	3,６２１／月

＊要支援２の方が介護予防ケアマネジメントにより、週１回程度の通所が必要とされた方については、要支援１の区分が適用されます。

[加算]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。

項　　目		単　位　数　／　月
若年性認知症利用者受入加算		２４０単位
栄養アセスメント加算		５０単位
科学的介護推進体制加算		４０単位
口腔機能向上加算	口腔機能向上加算（Ⅰ）	１５０単位
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	１６０単位
サービス提供体制加算（Ⅰ）	事業対象者　・　要支援１	８８単位
	要支援２	１７６単位
サービス提供体制加算（Ⅱ）	事業対象者　・　要支援１	７２単位
	要支援２	１４４単位
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）（／月）		所定単位数の９２／１０００加算

[減算]要件に該当する場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

項　　目	内　　容
定員超過	１００分の３０
看護・介護職員配置欠如	１００分の３０
同一建物減算	事業対象者・要支援１　　３７６単位／月
	要支援２　　７５２単位／月
送迎の利用がない場合	４７単位

（事業者が法令代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの区役所に第１号事業支給費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

（２）要綱の適用を受けないサービス（全額自己負担）

料　金　表

【通所介護サービス】

[通常規模型通所介護費]

介護度	単位数	入浴加算Ⅰ	ｻｰﾋﾞｽ提供体制加算Ⅰ	合計単位数	処遇改善加算Ⅰ	金額（円）	利用者負担（１割）	利用者負担（２割）	利用者負担（３割）
要介護１	658	40	22	720	66	8,284	829	1,657	2,486
要介護２	777	40	22	839	77	9,654	966	1,931	2,897
要介護３	900	40	22	962	89	11,077	1,108	2,216	3,324
要介護４	1,023	40	22	1,085	100	12,489	1,249	2,498	3,747
要介護５	1,148	40	22	1,210	111	13,923	1,393	2,785	4,177

＊送迎につきましては、単位数に含めております。送迎を行わない場合は 47 単位（約 50 円～150 円）減算いたします。

＊入浴加算を含めて計算しております。入浴されない場合は入浴分を除いて請求いたします。

＊介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）は合計単位数に 9.2%を乗じて計算しております。

[加算]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。

項目	単位数	金額(円)	利用者負担（１割）	利用者負担（２割）	利用者負担（３割）
生活機能向上連携加算(Ⅰ)(/月)（３月に１度）	100	1,054	106	211	317
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	2,108	211	422	633
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ　(/日)＊	56	590	59	118	177
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ　(/日)＊	76	801	81	161	241
個別機能訓練加算(Ⅱ)　(/月)	20	210	21	42	63
ADL 維持等加算(Ⅰ)　(/月)	30	316	32	64	95
ADL 維持等加算(Ⅱ)　(/月)	60	632	64	127	190
認知症加算　(/日)	60	632	64	127	190
若年性認知長利用者受入加算(/日)	60	632	64	127	190
栄養アセスメント　(/月)	50	527	53	106	159
栄養改善加算　(/回)　(月２回を限度)	200	2,108	211	422	633
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(/回)＊	20	210	21	42	63
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(/回)＊	5	52	6	11	16
口腔機能向上加算(Ⅰ)(/回)(月２回を限度)＊	150	1,581	159	317	475
口腔機能向上加算(Ⅱ)(/回)(月２回を限度)＊	160	1,686	169	338	506
科学的介護推進体制加算　(/月)	40	421	43	85	127

・個別機能訓練加算を算定している場合、生活機能向上連携加算（Ⅰ）は算定しない

・個別機能訓練加算を算定している場合、生活機能向上連携加算（Ⅱ）は 100 単位/月を加算する

・若年性認知症利用者受入加算を算定している場合、認知症加算は算定しない

・栄養改善加算を受けている間及び栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しない

・当該施設以外で口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は、口腔・栄養スクリーニング加算は算定しない

・＊の項目についてはイ・ロまたは（Ⅰ）・（Ⅱ）のいずれかの加算のみを算定する

料　金　表

【共通】

項　　目	金　　額
昼食代	６００円
おやつ代	１００円
紙おむつ	２００円
紙パンツ	１１０円
布パンツ（トランクス）	１５０円
尿パット	３０円
写真代（１枚）	４０円（パノラマ写真１枚１３０円）
バスタオルレンタル（希望者のみ）	１２０円（１回）
特別行事等	全額自己負担

１．金額は参考までに算出しております。多少変更が生じますのでご了承ください

２．介護報酬額は保険者から９割または８・７割が支払われ、残り１割または２・３割は自己負担となります。
（介護保険負担割合証に基づきます）

３．要介護等の認定を受けた方で利用者の都合により、介護保険の給付を受けない場合は１０割（全額）が自己負担となります

＊基本時間を超える方は延長料金をいただきます。