

まほろばの里デイサービスセンター

利用者負担サービス利用料金表(令和8年8月1日改定)

通所介護【サービス提供時間帯 9:15～16:30】

※通常規模型事業所

(1日あたり)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	基本サービス費	¥6,580	¥7,770	¥9,000	¥10,230	¥11,480
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	¥220				
	入浴介助加算(Ⅰ)(入浴ありの場合)	¥400				
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ(機能訓練)	¥760				
1. サービス利用料金		¥7,960	¥9,150	¥10,380	¥11,610	¥12,860
負担1割合	2. 介護保険給付金額(90%)	¥7,164	¥8,235	¥9,342	¥10,449	¥11,574
	3. 自己負担額(1-2)	¥796	¥915	¥1,038	¥1,161	¥1,286
	4. 食費(昼食735円・おやつ65円)	¥800				
	5. 自己負担額合計(3+4)	¥1,596	¥1,715	¥1,838	¥1,961	¥2,086
負担2割合	2. 介護保険給付金額(80%)	¥6,368	¥7,320	¥8,304	¥9,288	¥10,288
	3. 自己負担額(1-2)	¥1,592	¥1,830	¥2,076	¥2,322	¥2,572
	4. 食費(昼食735円・おやつ65円)	¥800				
	5. 自己負担額合計(3+4)	¥2,392	¥2,630	¥2,876	¥3,122	¥3,372
負担3割合	2. 介護保険給付金額(70%)	¥5,572	¥6,405	¥7,266	¥8,127	¥9,002
	3. 自己負担額(1-2)	¥2,388	¥2,745	¥3,114	¥3,483	¥3,858
	4. 食費(昼食735円・おやつ65円)	¥800				
	5. 自己負担額合計(3+4)	¥3,188	¥3,545	¥3,914	¥4,283	¥4,658
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		(上記)介護保険対象金額×12.0%				

認知症対応型通所介護【サービス提供時間帯 9:15～16:30】

(1日あたり)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	基本サービス費	¥8,940	¥9,890	¥10,860	¥11,830	¥12,780
	個別機能訓練加算	¥270				
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	¥220				
	入浴介助加算(Ⅰ)(入浴ありの場合)	¥400				
1. サービス利用料金		¥9,830	¥10,780	¥11,750	¥12,720	¥13,670
負担1割合	2. 介護保険給付金額(90%)	¥8,847	¥9,702	¥10,575	¥11,448	¥12,303
	3. 自己負担額(1-2)	¥983	¥1,078	¥1,175	¥1,272	¥1,367
	4. 食費(昼食735円・おやつ65円)	¥800				
	5. 自己負担額合計(3+4)	¥1,783	¥1,878	¥1,975	¥2,072	¥2,167
負担2割合	2. 介護保険給付金額(80%)	¥7,864	¥8,624	¥9,400	¥10,176	¥10,936
	3. 自己負担額(1-2)	¥1,966	¥2,156	¥2,350	¥2,544	¥2,734
	4. 食費(昼食735円・おやつ65円)	¥800				
	5. 自己負担額合計(3+4)	¥2,766	¥2,956	¥3,150	¥3,344	¥3,534
負担3割合	2. 介護保険給付金額(70%)	¥6,881	¥7,546	¥8,225	¥8,904	¥9,569
	3. 自己負担額(1-2)	¥2,949	¥3,234	¥3,525	¥3,816	¥4,101
	4. 食費(昼食735円・おやつ65円)	¥800				
	5. 自己負担額合計(3+4)	¥3,749	¥4,034	¥4,325	¥4,616	¥4,901
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		(上記)介護保険対象金額×23.6%				

その他の加算・減算(自己負担額は、下記に負担割合(1割・2割・3割)をかけた金額になります。)

送迎減算(片道)	¥-470	送迎を行わなかった場合。
個別機能訓練加算(Ⅱ)	¥200	要件を満たした場合、月1回のみ。(通所介護のみ)
科学的介護推進体制加算	¥400	要件を満たした場合、月1回のみ。

介護保険給付対象外サービス(ご利用いただいたものについて請求させていただきます。)

ご利用サービス	利用料金
レクリエーション	実費相当額
複写物の交付	¥10/枚
おむつ代	実費相当額



「指定通所介護」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。
通所介護（兵庫県指定第 2874100486 号）

当事業所はご契約者に対して指定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ことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 大和福社会
- (2) 法人所在地 兵庫県揖保郡太子町塚森 1 2 5 - 1
- (3) 電話番号及び FAX 番号 TEL (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 5 8
FAX (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 6 0
- (4) 代表者氏名 理事長 森表 真愉美
- (5) 設立年月日 平成 1 2 年 1 2 月 2 1 日
- (6) メールアドレス mahoroba2002-3-1@nifty.com

2. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上 3 階
- (2) 建物の延べ床面積 3,266.81 m²
- (3) 施設の周辺環境
 - ・近くに JR 山陽本線の線路及び町道があるが、気になるような騒音は無い。
 - ・住宅地の中にあり、近くに幼稚園・小学校もあり地域の一員として交流できる。

事業所の説明

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所

平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100486 号

※当事業所は特別養護老人ホームまほろばの里に併設されています。

- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、そ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に支援することを目的として、ご契約者に、入浴・食事の提供とその介助、生活等についての相談・助言、健康状態の確認等の日常生活の世話と機能訓練などの通所介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 まほろばの里 デイサービスセンター
- (4) 施設の所在地 兵庫県揖保郡太子町塚森 1 2 5 - 1
交通機関 ・太子東バイパス／太子北インターより車で約 1 5 分
・山陽自動車道／龍野インターより車で約 1 5 分
・JR 山陽本線／網干駅より車で約 5 分
- (5) 電話番号及び FAX 番号 TEL (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 5 8
FAX (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 6 0
- (6) 施設長（管理者）氏名 森表 正裕

(7) 当施設の運営方針

＜理念＞ 仲良く笑顔で歩こうよ

- ・一人ひとりの人権とプライバシーを尊重し、真心で接します。
- ・一人ひとりの心に寄りそい、希望や願いを大切にしたいきめ細やかな介護をします。
- ・一人ひとりの健康と安全に配慮し、楽しく心安らぐ「憩いの場」とします。
- ・専門知識を持った介護集団として、地域に介護福祉の情報を提供します。

(8) 開設（サービス開始）年月

通所介護 平成 14 年 3 月 1 日

(9) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

〔介護老人福祉施設〕 平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
 〔短期入所生活介護〕 平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
 〔介護予防短期入所生活介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
 〔通所介護相当サービス事業〕 平成 27 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
 〔緩和した基準による通所型サービス事業〕 平成 28 年 6 月 1 日指定太子町 2874100486 号
 〔認知症対応型通所介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
 〔介護予防認知症対応型通所介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
 〔認知症対応型共同生活介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100502 号
 〔居宅介護支援〕 平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100510 号

(10) 通常の事業の実施地域 太子町・姫路市・たつの市

(11) 営業日及び営業時間

営業日	月～土（12/31～1/3 は除く）
受付時間	8:30～17:30
サービス提供時間帯	9:15～16:30

(12) 利用定員

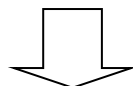
通所介護 40 人（指定介護予防通所介護と合わせて）

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

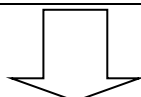
- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する通所介護計画に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第 3 条参照）

①当事業所の職員に通所介護計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。



②担当者は通所介護計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。



③通所介護計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、通所介護計画を変更します。

④通所介護計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

（２）ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合

- 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- 通所介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

居宅サービス計画（ケアプラン）の作成

- 作成された居宅サービス計画に沿って、通所介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

②要介護認定を受けていない場合

- 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- 通所介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

要介護と認定された場合

- 居宅サービス計画(ケアプラン)を作成していただきます。必要に応じて、居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。

居宅サービス計画（ケアプラン）の作成

- 作成された居宅サービス計画に沿って、通所介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

自立又は要支援１・２と認定された場合

- 契約は終了します。
- 既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

4. 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。

＜主な職員の配置状況＞（介護予防通所介護と合わせて）

職種	通所介護
	配置人員
1. 施設長（管理者）	1名
2. 生活相談員	1名
3. 介護職員	5名以上
4. 看護職員	1名以上
5. 機能訓練指導員	1名
6. 栄養士又は管理栄養士	1名

＜主な職種の勤務体制＞

職種	人数	勤務体制
1. 生活相談員	1名	8：00～17：00
2. 介護職員	6名	8：15～17：15
3. 看護職員	1名	8：30～17：30
4. 機能訓練指導員	1名	8：30～16：30
以上、サービス提供時間(9:15～16:30)の最低配置人数		9：00～18：00
5. 管理栄養士	1名（特養管理栄養士が兼務）	9：15～16：45
		9：00～13：00

＜配置職員の職種＞

生活相談員・・・ご契約者の生活相談及び通所介護計画書の作成、実施に従事します。

介護職員・・・ご契約者の食事、入浴、排泄、着替え等の日常生活全般についての介助を行います。また施設内の様々な行事や趣味のクラブ活動等のレクリエーションを行います。

看護職員・・・ご契約者の健康管理に関する業務に従事します。口腔機能改善のための計画の作成及びサービスの実施に従事します。

機能訓練指導員・・・ご契約者の機能回復、健康維持及び予防に必要な訓練及び指導に従事します。

栄養士又は管理栄養士・・・栄養ケア計画の作成及びサービスの実施に従事します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して通所介護サービス（通常規模型事業所）を提供します。

また、そのサービスについて

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全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、介護保険負担割合証に記載の割合（1割・2割・3割）を負担いただきます。残りは介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 入浴

入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 排泄

ご契約者の排泄の介助を行います。

③ 機能訓練

機能訓練指導員より、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また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

看護職員が、健康管理を行います。

⑥ 栄養マネジメント

低栄養状態にある者又はそのおそれのあるご契約者に対し、管理栄養士が看護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、サービスを実施して栄養状態の改善に努めます。

⑦ 口腔機能向上

口腔機能の低下している者又はそのおそれのあるご契約者に対し、歯科衛生士等（看護職員）が口腔機能改善のための計画を作成し、サービスを実施して口腔機能の改善に努めます。

⑧ 定例行事及び全員参加するレクリエーション

月	行事	
1月	誕生会	新年会
2月	誕生会	節分
3月	誕生会	おひな祭り
4月	誕生会	お花見
5月	誕生会	子供の日・母の日
6月	誕生会	父の日
7月	誕生会	夏祭り
8月	誕生会	盆踊り参加（地域との交流）
9月	誕生会	お月見会
10月	誕生会	ミニ運動会
11月	誕生会	小旅行
12月	誕生会	クリスマス会

※外食・ドライブ等は随時実施します

<サービス利用料金（1日あたり）>（契約書第8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額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（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（1日あたり）

通常規模型事業所 前年度の1月当りの平均利用延人員 301人以上 750人以内

要介護度別基本サービス費		要介護1 6,580 円	要介護2 7,770 円	要介護3 9,000 円	要介護4 10,230 円	要介護5 11,480 円
サービス提供体制加算（Ⅰ）		220 円				
入浴介助加算		400 円				
個別機能訓練加算（Ⅰ）2		760 円				
1. サービス利用料金		7,760 円	9,150 円	10,380 円	11,610 円	12,860 円
負担割合 1割	2. 介護保険給付金額(90%)	7,184 円	8,255 円	9,362 円	10,469 円	11,594 円
	3. 自己負担額(1－2)	796 円	915 円	1,038 円	1,161 円	1,286 円
	4. 食費（昼食・おやつ）	800 円				
	5. 自己負担額合計 （3＋4）	1,596 円	1,715 円	1,838 円	1,961 円	2,086 円
負担割合 2割	2. 介護保険給付金額(80%)	6,368 円	7,320 円	8,304 円	9,288 円	10,288 円
	3. 自己負担額(1－2)	1,592 円	1,830 円	2,076 円	2,322 円	2,572 円
	4. 食費（昼食・おやつ）	800 円				
	5. 自己負担額合計 （3＋4）	2,392 円	2,630 円	2,876 円	3,122 円	3,372 円
負担割合 3割	2. 介護保険給付金額(70%)	5,572 円	6,405 円	7,266 円	8,127 円	9,002 円
	3. 自己負担額(1－2)	2,388 円	2,745 円	3,114 円	3,483 円	3,858 円
	4. 食費（昼食・おやつ）	800 円				
	5. 自己負担額合計 （3＋4）	3,188 円	3,545 円	3,914 円	4,283 円	4,658 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ		（上記）介護保険対象金額×12.0%（円）				

○加算

- ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）…介護職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上です。
 - ・入浴介助加算…入浴介助を行った場合に加算されます。
 - ・個別機能訓練加算…機能訓練指導員の専従配置し、個別の利用者に心身の状態や居宅の環境を踏まえた個別機能訓練計画を作成し実施する場合に加算されます。
 - ・栄養改善加算…低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行い、利用者の心身の状態の維持又は向上に努めます。管理栄養士を 1 名配置し、多職種共同で作成した栄養ケア計画に従い、必要に応じ居宅を訪問して栄養改善サービスを行う場合には、対象となった方にサービス利用料金 2,000 円が加算されます。自己負担額：200 円（2 割の場合 400 円・3 割の場合 600 円）（月 2 回まで）
 - ・口腔機能向上加算…口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対し、口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を個別に行います。看護職員を 1 名以上配置し、多職種共同で作成した口腔機能改善管理指導計画に従い、口腔機能向上サービスを行います。対象となった場合、サービス利用料金 1,500 円が加算されます。自己負担額：150 円（2 割の場合 300 円・3 割の場合 450 円）（月 2 回）
- ☆科学的介護推進体制加算…ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況

等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスの提供に当たって、その情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合、1 ヶ月あたり 40 円（2 割の場合 80 円・3 割の場合 120 円）をご負担いただきます。

☆個別機能訓練加算…個別機能訓練加算（Ⅰ）の取り組みに加え、計画等の情報を厚生労働省に提出（LIFE の活用）し、フィードバックを受けて利用者の状態に応じた個別機能訓練計画の作成、計画に基づく個別機能訓練の実施、評価、評価結果を踏まえた計画の見直しや改善の一連のサイクルによりサービスの質の管理を行った場合、1 ヶ月あたり 20 円（2 割の場合 40 円・3 割の場合 60 円）をご負担いただきます。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険から払い戻す手続きをとっていただくことになります（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。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

☆ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

☆ご契約者に提供する食費は、昼食 735 円・おやつ 65 円となります。

☆送迎を行わなかった場合は、自己負担額を片道につき 47 円（2 割の場合 94 円・3 割の場合 141 円）を減算させていただきます。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条、第 8 条参照）

以下のサービスは、利用料金の全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 食事

当事業所では、栄養士又は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および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間）

昼 食 12：00～13：00

おやつ 15：00～15：30

② 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えた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」の全額（自己負担額ではありません。また加算分は含まれます。）が必要となります。

③ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分として 1 枚につき 10 円をご負担いただきます。

④ レクリエーション等

ご契約者の希望によりレクリエーション等（ドライブ・外出・遠足）に参加していただくことができます。

利用料金：喫茶店等への外出の場合は実費をいただきます。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

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。

⑥ おむつ代（実費相当額）

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第８条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア．窓口での現金支払

イ．下記指定口座への振り込み

みなと銀行網干駅支店 普通預金 3715204

社会福祉法人大和福祉会 理事長 森 表 真 愉 美

ウ．金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：銀行・郵便局・信用金庫

（ご希望の方は手続き致します）

（４）利用の中止、変更、追加（契約書第９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、利用予定日の前々日までに事業者申し出て下さい。

○利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは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いただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前々日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日に申し出があった場合	当日の利用料金の５０％
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の全額
利用日当日の申し出の場合(体調不良含む)	当日の食費の全額

○介護保険給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い自己負担額の５０％もしくは全額となります。

○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できない場合、他の利用可能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

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、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。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

① 協力病院

病 院 の 名 称	たつの市民病院
所 在 地	兵庫県たつの市御津町中島 1666-1 (TEL 079-322-1121)
診 療 科	内科、外科、小児科、眼科、麻酔科、整形外科、リハビリテーション科

② 協力歯科医療機関

医 療 機 関 の 名 称	つだ歯科医院
所 在 地	兵庫県姫路市飾磨区英賀清水町 1-25 (TEL 079-230-6655)

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の 7 日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更に要介護認定期間同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、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が、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。(契約書第 18 条参照)

- ① 契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- 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 事業所の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が、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 ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 19 条、第 20 条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約・解除届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約はできません）
- ④ 事業者も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サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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
- ⑦ 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もしくは傷つける具体的な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) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- 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情を生じさせた場合
- ② ご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、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・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生じさせた場合
- ④ ご契約者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいた

るおそれがあるような場合)を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

(3) 契約の一部が解約または解除された場合 (契約書第 22 条参照)

本契約の一部が解約又は介助された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助 (契約書第 18 条参照)

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. 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)

事業者は、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などに配慮するなど、契約書第 11 条、第 12 条に規定される義務を負います。事業者では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- 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 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。
ただし、コピー代は有料となります。
- ④ ご契約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、ご契約者また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、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に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。
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またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません (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。また、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。

8. 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、ペット・危険物は原則として持ち込むことができません。おむつは普段お使いの物をお持ちください。貴重品はなるべくお持ちにならないようお願い致します。紛失、混同を防ぐため、持ち込まれる物には、必ずすべてに名前 (フルネーム) をご記入下さい。特に履物への名前の記入をお願い致します。

(2) 施設・設備の使用上の注意 (契約書第 13 条、第 14 条参照)

○施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、またはわず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、営利活動などを行うことはできません。

(3) 喫煙

施設内は禁煙です。

9. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、契約者やその家族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。

10. 損害賠償について（契約書第 15 条、第 16 条参照）

(1) 当事業所において、事業者の責任によりご契約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。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者側に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

(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 契約者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② 契約者（その家族も含む）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つぱら起因して損害が発生した場合
- ③ 契約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つぱら起因して損害が発生した場合
- ④ 契約者が、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つぱら起因して損害が発生した場合

11. 苦情の受付について（契約書第 25 条参照）

(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。

○苦情受付担当者

【氏名】 山本 麻衣

【職名】 まほろばの里デイサービスセンター 生活相談員

【氏名】 重光 貴文

【職名】 まほろばの里デイサービスセンター 生活相談員

○受付時間及び電話番号

毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30 TEL (079) 275-1858

○第三者委員

【氏名】 小坂 次子

【氏名】 科野 賢子

【氏名】 肥田 清美

○苦情解決責任者

【氏名】 森表 正裕

【職名】 施設長

なお、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事が出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立ち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) 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 電話番号 (078)332-5617 FAX 番号 (078)332-5650 受付時間 8:45～17:15 月～金
○太子町生活福祉部 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 8:30～17:15 月～金
○姫路市介護保険課	所在地 姫路市安田4丁目1番地 電話番号 (079)221-2923・2924 FAX 番号 (079)221-2444 受付時間 8:35～17:20 月～金
○たつの市健康福祉部 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 8:30～17:15 月～金
○相生市健康福祉部 健康介護課 長寿介護係	所在地 相生市旭1丁目1-3 電話番号 (0791)22-7124 FAX 番号 (0791)23-4596 受付時間 8:30～17:15 月～金
○赤穂市医療介護課 介護保険係	所在地 赤穂市加里屋 81 電話番号 (0791)43-6947 FAX 番号 (0791)43-6892 受付時間 8:30～18:00 月～金

令和 年 月 日 時 ～ 時

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

事業者 社会福祉法人 大和福祉会

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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者

住所 〒

氏名

印

身元引受人である私は、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いたします。

身元引受人

兼署名代行者

住所 〒

氏名

印

(契約者との関係)

電話番号 () —

FAX 番号 () —

「指定認知症対応型通所介護」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。
認知症対応型通所介護（太子町指定第 2874100486 号）

当事業所はご契約者に対して指定認知症対応型通所介護サービスを提供します。尚、認知症対応型通所介護サービスは地域密着型サービスのため、原則として事業所所在地である太子町に居住している方がご利用対象となります。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ことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 大和福社会
- (2) 法人所在地 兵庫県揖保郡太子町塚森 1 2 5 - 1
- (3) 電話番号及び FAX 番号 TEL (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 5 8
FAX (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 6 0
- (4) 代表者氏名 理事長 森表 真愉美
- (5) 設立年月日 平成 1 2 年 1 2 月 2 1 日
- (6) メールアドレス mahoroba2002-3-1@nifty.com

2. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上 3 階
- (2) 建物の延べ床面積 3,266.81 m²
- (3) 施設の周辺環境
 - ・ 近くに JR 山陽本線の線路及び町道があるが、気になるような騒音は無い。
 - ・ 住宅地の中にあり、近くに幼稚園・小学校もあり地域の一員として交流できる。

事業所の説明

- (1) 事業所の種類 指定認知症対応型通所介護事業所
平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
※当事業所は特別養護老人ホームまほろばの里に併設されています。
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、そ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に支援することを目的として、ご契約者に、入浴・食事の提供とその介助、生活等についての相談・助言、健康状態の確認等の日常生活の世話と機能訓練などの認知症対応型通所介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 まほろばの里 デイサービスセンター
- (4) 施設の所在地 兵庫県揖保郡太子町塚森 1 2 5 - 1
交通機関 ・ 太子東バイパス／太子北インターより車で約 1 5 分
・ 山陽自動車道／龍野インターより車で約 1 5 分
・ JR 山陽本線／網干駅より車で約 5 分
- (5) 電話番号及び FAX 番号 TEL (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 5 8
FAX (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 6 0

(6) 施設長（管理者）氏名 森表 正裕

(7) 当施設の運営方針

＜理念＞ 仲良く笑顔で歩こうよ

- ・一人ひとりの人権とプライバシーを尊重し、真心で接します。
- ・一人ひとりの心に寄りそい、希望や願いを大切にしたいきめ細やかな介護をします。
- ・一人ひとりの健康と安全に配慮し、楽しく心安らぐ「憩いの場」とします。
- ・専門知識を持った介護集団として、地域に介護福祉の情報を提供します。

(8) 開設（サービス開始）年月

認知症対応型通所介護

平成 18 年 4 月 1 日

(9) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

〔介護老人福祉施設〕 平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔短期入所生活介護〕 平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔介護予防短期入所生活介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔通所介護〕 平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100486 号
〔通所介護相当サービス事業〕 平成 27 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
〔緩和した基準による通所型サービス事業〕 平成 28 年 6 月 1 日指定太子町 2874100486 号
〔介護予防認知症対応型通所介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
〔認知症対応型共同生活介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100502 号
〔居宅介護支援〕 平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100510 号

(10) 通常の事業の実施地域 太子町

(11) 営業日及び営業時間

営業日	月～土（12/31～1/3 は除く）
受付時間	8:30～17:30
サービス提供時間帯	9:15～16:30

(12) 利用定員

認知症対応型通所介護 12 人

（指定介護予防認知症対応型通所介護と合わせて）

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

(1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する通所介護計画に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第 3 条参照）

① 当事業所の職員に認知症対応型通所介護計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。



② 担当者は認知症対応型通所介護計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。



③認知症対応型通所介護計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、認知症対応型通所介護計画を変更します。

③ 認知症対応型通所介護計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

（２）ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護認定を受けている場合

- 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- 認知症対応型通所介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

居宅サービス計画（ケアプラン）の作成

- 作成された居宅サービス計画に沿って、認知症対応型通所介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

② 要介護認定を受けていない場合

- 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- 認知症対応型通所介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

要介護と認定された場合

- 居宅サービス計画(ケアプラン)を作成していただきます。必要に応じて、居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。

居宅サービス計画（ケアプラン）の作成

- 作成された居宅サービス計画に沿って、認知症対応型通所介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

自立又は要支援と認定された場合

- 契約は終了します。
- 既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して認知症対応型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＞（介護予防認知症対応型通所介護と合わせて）

職種	認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護
	配置人員
1. 施設長（管理者）	1名
2. 生活相談員	1名
3. 介護職員	1名以上
4. 看護職員	1名
5. 機能訓練指導員	1名
6. 栄養士又は管理栄養士	1名

＜主な職種の勤務体制＞（介護予防認知症対応型通所介護と合わせて）

職種	人数	勤務体制
1. 生活相談員	1名	8：00～17：00
2. 介護職員	1名	8：15～17：15
3. 看護職員	1名	8：30～17：30
4. 機能訓練指導員	1名（看護職員が兼務）	8：30～16：30
以上、サービス提供時間（9：15～16：30）の最低配置人数		9：00～18：00
5. 栄養士又は管理栄養士	1名（特養栄養士又は管理栄養士が兼務）	9：15～16：45
		9：00～13：00

＜配置職員の職種＞

生活相談員・・・ご契約者の生活相談及び通所介護計画書の作成、実施に従事します。

介護職員・・・ご契約者の食事、入浴、排泄、着替え等の日常生活全般についての介助を行います。また施設内の様々な行事や趣味のクラブ活動等のレクリエーションを行います。

看護職員・・・ご契約者の健康管理に関する業務に従事します。口腔機能改善のための計画の作成及びサービスの実施に従事します。

機能訓練指導員・・・ご契約者の機能回復、健康維持及び予防に必要な訓練及び指導に従事します。

栄養士又は管理栄養士・・・栄養ケア計画の作成及びサービスの実施に従事します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して認知症対応型通所介護サービスを提供します。

また、そのサービスについて

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全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、介護保険負担割合証に記載の割合（１割・２割・３割）を負担いただきます。残りは介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 入浴

入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 排泄

ご契約者の排泄の介助を行います。

③ 機能訓練

機能訓練指導員より、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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 健康管理

看護職員が、健康管理を行います。

⑤ 栄養マネジメント

低栄養状態にある者又はそのおそれのあるご契約者に対し、栄養士又は管理栄養士が看護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、サービスを実施して栄養状態の改善に努めます。

⑥ 口腔機能向上

口腔機能の低下している者又はそのおそれのあるご契約者に対し、歯科衛生士等（看護職員）が口腔機能改善のための計画を作成し、サービスを実施して口腔機能の改善に努めます。

⑦ 個別機能訓練

個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービスを提供します。

⑧ 定例行事及び全員参加するレクリエーション

月	行事	
１月	誕生会	新年会
２月	誕生会	節分
３月	誕生会	おひな祭り
４月	誕生会	お花見
５月	誕生会	子供の日・母の日
６月	誕生会	父の日
７月	誕生会	夏祭り
８月	誕生会	盆踊り参加（地域との交流）
９月	誕生会	お月見会
１０月	誕生会	ミニ運動会
１１月	誕生会	小旅行
１２月	誕生会	クリスマス会

※外食・ドライブ等は随時実施します

<サービス利用料金（１日あたり）>（契約書第８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

給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（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。）

○認知症対応型通所介護（1日あたり）

要介護度別基本サービス費		要介護1 8,940 円	要介護2 9,890 円	要介護3 10,860 円	要介護4 11,830 円	要介護5 12,780 円
個別機能訓練加算		270 円				
サービス提供体制加算（Ⅰ）		220 円				
入浴介助加算		400 円				
1. サービス利用料金		9,830 円	10,780 円	11,750 円	12,720 円	13,670 円
負担割合 1割	2. 介護保険給付金額(90%)	8,847 円	9,702 円	10,572 円	11,448 円	12,303 円
	3. 自己負担額(1－2)	983 円	1,078 円	1,175 円	1,272 円	1,367 円
	4. 食費（昼食・おやつ）	800 円				
	5. 自己負担額合計 (3＋4)	1,783 円	1,878 円	1,975 円	2,072 円	2,167 円
負担割合 2割	2. 介護保険給付金額(80%)	7,864 円	8,624 円	9,400 円	10,176 円	10,936 円
	3. 自己負担額(1－2)	1,966 円	2,156 円	2,350 円	2,544 円	2,734 円
	4. 食費（昼食・おやつ）	800 円				
	5. 自己負担額合計 (3＋4)	2,766 円	2,956 円	3,150 円	3,344 円	3,534 円
負担割合 3割	2. 介護保険給付金額(70%)	6,881 円	7,546 円	8,225 円	8,804 円	9,569 円
	3. 自己負担額(1－2)	2,949 円	3,234 円	3,525 円	3,816 円	4,101 円
	4. 食費（昼食・おやつ）	800 円				
	5. 自己負担額合計 (3＋4)	3,749 円	4,034 円	4,325 円	4,616 円	4,901 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ		（上記）介護保険対象金額×23.6%（円）				

○加算

- ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）…介護職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上です。
- ・個別機能訓練加算Ⅰ…1 日 120 分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する看護職員を 1 名以上配置しています。
- ・入浴介助加算…入浴介助を行った場合に加算されます。
- ・栄養改善加算…低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行い、利用者の心身の状態の維持又は向上に努めます。管理栄養士を 1 名配置し、多職種共同で作成した栄養ケア計画に従い、必要に応じ居宅を訪問して栄養改善サービスを行う場合には、対象となった方にサービス利用料金 2,000 円が加算されます。自己負担額：200 円（2 割の場合 400 円・3 割の場合 600 円）（月 2 回まで）
- ・口腔機能向上加算…口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対し、口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を個別に行います。看護職員を 1 名以上配置し、多職種共同で作成した口腔機能改善管理指導計画に従い、口腔機能向上サービスを行います。対象となった場合、サービス利用

料金 1,500 円が加算されます。自己負担額：150 円（2 割の場合 300 円、3 割の場合 450 円）（月 2 回まで）

☆科学的介護推進体制加算…ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスの提供に当たって、その情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合、1 ヶ月あたり 40 円（2 割の場合 80 円・3 割の場合 120 円）をご負担いただきます。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険から払い戻す手続きをとっていただくことになります（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。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

☆ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

☆ご契約者に提供する食費は、昼食 735 円・おやつ 65 円となります。

☆送迎を行わなかった場合は、自己負担額を片道につき 47 円（2 割の場合 94 円・3 割の場合 141 円）を減算させていただきます。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条、第 8 条参照）

以下のサービスは、利用料金の全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 食事

当事業所では、栄養士又は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および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間）

昼 食 12：00～13：00

おやつ 15：00～15：30

② 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えた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」の全額（自己負担額ではありません。また加算分は含まれます。）が必要となります。

③ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分として 1 枚につき 10 円をご負担いただきます。

④ レクリエーション等

ご契約者の希望によりレクリエーション等（ドライブ・外出・遠足）に参加していただくことができます。

利用料金：喫茶店等への外出の場合は実費をいただきます。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

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。

⑥ おむつ代（実費相当額）

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第 8 条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア．窓口での現金支払

イ．下記指定口座への振り込み

みなと銀行網干駅支店 普通預金 3715204

社会福祉法人大和福祉会 理事長 森 表 真 愉 美

ウ．金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：銀行・郵便局・信用金庫

（ご希望の方は手続き致します）

（４）利用の中止、変更、追加（契約書第 9 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、利用予定日の前々日まで

に事業者に申し出て下さい。
○利用予定日の前々日まで申し出がなく、前日もしくは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いただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前々日まで申し出があった場合	無料
利用予定日の前日に申し出があった場合	当日の利用料金の 50%
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の全額

○介護保険給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い自己負担額の 50%もしくは全額となります。

○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できない場合、他の利用可能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

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、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。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

①協力病院

病 院 の 名 称	たつの市民病院
所 在 地	兵庫県たつの市御津町中島 1666-1 (TEL 079-322-1121)
診 療 科	内科、外科、小児科、眼科、麻酔科、整形外科、リハビリテーション科

②協力歯科医療機関

医 療 機 関 の 名 称	つだ歯科医院
所 在 地	兵庫県姫路市飾磨区英賀清水町 1-25 (TEL 079-230-6655)

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の 7 日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更に要介護認定期間同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、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が、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 18 条参照）

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が死亡した場合② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合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 事業所の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合⑤ 当事業所が、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 ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。） |
|---|

（１）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 19 条、第 20 条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約・解除届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合② ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約はできません）④ 事業者も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サービスを実施しない場合⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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⑦ 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もしくは傷つける具体的な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）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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情を生じさせた場合② ご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、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・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生じさせた場合④ ご契約者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合 |
|--|

（３）契約の一部が解約または解除された場合（契約書第 22 条参照）

本契約の一部が解約又は介助された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

（４）契約の終了に伴う援助（契約書第 18 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. 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）

事業者は、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などに配慮するなど、契約書第 11 条、第 12 条に規定される義務を負います。事業者では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- 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 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。
ただし、コピー代は有料となります。
- ④ ご契約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、ご契約者また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、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に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。
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またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（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。また、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。

8. 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、ペット・危険物は原則として持ち込むことができません。おむつは普段お使いの物をお持ちください。貴重品はなるべくお持ちにならないようお願い致します。紛失、混同を防ぐため、持ち込まれる物には、必ずすべてに名前（フルネーム）をご記入下さい。特に履物への名前の記入をお願い致します。

（２）施設・設備の使用上の注意（契約書第 13 条、第 14 条参照）

○施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、またはわず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、営利活動などを行うことはできません。

（３）喫煙

施設内は禁煙です。

9. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、契約者やその家族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。

10. 損害賠償について（契約書第 15 条、第 16 条参照）

- （1）当事業所において、事業者の責任によりご契約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。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者側に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- （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 契約者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
 - ② 契約者（その家族も含む）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つぱら起因して損害が発生した場合
 - ③ 契約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つぱら起因して損害が発生した場合
 - ④ 契約者が、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つぱら起因して損害が発生した場合

11. 苦情の受付について（契約書第 25 条参照）

（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。

○苦情受付担当者

【氏名】 山本 麻衣

【職名】 まほろばの里デイサービスセンター 生活相談員

【氏名】 重光 貴文

【職名】 まほろばの里デイサービスセンター 生活相談員

○受付時間及び電話番号

毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30 TEL（079）275－1858

○第三者委員

【氏名】 小坂 次子

【氏名】 科野 賢子

【氏名】 肥田 清美

○苦情解決責任者

【氏名】 森表 正裕

【職名】 施設長

なお、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事が出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話

合いへの立ち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）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 8:45～17:15 月～金
○太子町生活福祉部 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 8:30～17:15 月～金
○姫路市介護保険課	所在地 姫路市安田４丁目１番地 電話番号 (079)221-2923・2924 FAX 番号 (079)221-2444 受付時間 8:35～17:20 月～金
○たつの市健康福祉部 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 8:30～17:15 月～金
○相生市健康福祉部 健康介護課 長寿介護係	所在地 相生市旭１丁目１-3 電話番号 (0791)22-7124 FAX 番号 (0791)23-4596 受付時間 8:30～17:15 月～金
○赤穂市医療介護課 介護保険係	所在地 赤穂市加里屋 81 電話番号 (0791)43-6947 FAX 番号 (0791)43-6892 受付時間 8:30～18:00 月～金

令和 年 月 日 時 ～ 時

事業者 社会福祉法人 大和福社会

印

住所 下

印

住所 下

印

FAX 番号 () —

予防

まほろばの里デイサービスセンター



利用者負担サービス利用料金表(令和8年8月1日改定)

通所介護相当サービスA6【サービス提供時間帯 9:15～16:30】

(1ヶ月あたり)

		事業対象者・要支援1 (週1回程度)	事業対象者・要支援2 (週2回程度)
A6	基本サービス費	¥17,980	¥36,210
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	¥880	¥1,760
1.サービス利用料金		¥18,860	¥37,970
負担割合1 担合割	2.介護保険給付金額(90%)	¥16,974	¥34,173
	3.自己負担額(1-2)	¥1,886	¥3,797
負担割合2 担合割	2.介護保険給付金額(80%)	¥15,088	¥30,376
	3.自己負担額(1-2)	¥3,772	¥7,594
負担割合3 担合割	2.介護保険給付金額(70%)	¥13,202	¥26,579
	3.自己負担額(1-2)	¥5,658	¥11,391
その他の加算	科学的介護推進体制加算(要件を満たした場合)	¥400(自己負担額は負担割合(1割・2割・3割)による)	
	栄養改善加算(対象となる場合)	¥2,000(自己負担額は負担割合(1割・2割・3割)による)	
	口腔機能向上加算(Ⅰ)(対象となる場合)	¥1,500(自己負担額は負担割合(1割・2割・3割)による)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		(上記)介護保険対象金額×12.0%	

食費(利用回数分実費)	昼食735円・おやつ65円
-------------	---------------

緩和基準サービスA7【サービス提供時間帯 9:15～16:30】

(1ヶ月あたり)

		事業対象者・要支援1 (週1回程度)	事業対象者・要支援2 (週2回程度)
A7	基本サービス費(1001/1000の加算含む)	¥14,380	¥28,970
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	¥880	¥1,760
1.サービス利用料金		¥15,260	¥30,730
	送迎加算(※自己負担75%)	¥1,500	¥3,000
負担割合1 担合割	2.介護保険給付金額(90%)	¥14,109	¥28,407
	3.自己負担額(1-2)	¥2,651	¥5,323
負担割合2 担合割	2.介護保険給付金額(80%)	¥12,583	¥25,334
	3.自己負担額(1-2)	¥4,177	¥8,396
負担割合3 担合割	2.介護保険給付金額(70%)	¥11,057	¥22,261
	3.自己負担額(1-2)	¥5,703	¥11,469
事業所評価加算(対象年度)		¥1,200(自己負担額は負担割合(1割・2割・3割)による)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		(上記)介護保険対象金額×12.0%	

食費(利用回数分実費)	昼食735円・おやつ65円
-------------	---------------

予防

まほろばの里デイサービスセンター



利用者負担サービス利用料金表(令和8年8月1日改定)

介護予防認知症対応型通所介護【サービス提供時間帯 9:15～16:30】

(1日あたり)

		要支援1	要支援2
	基本サービス費	¥7,710	¥8,620
	個別機能訓練加算	¥270	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	¥220	
	入浴介助加算(Ⅰ)	¥400	
1.サービス利用料金		¥8,600	¥9,510
負担割合1	2.介護保険給付金額(90%)	¥7,740	¥8,559
	3.自己負担額(1-2)	¥860	¥951
負担割合2	2.介護保険給付金額(80%)	¥6,880	¥7,608
	3.自己負担額(1-2)	¥1,720	¥1,902
負担割合3	2.介護保険給付金額(70%)	¥6,020	¥6,657
	3.自己負担額(1-2)	¥2,580	¥2,853
その他の加算	送迎減算(片道)	¥-470(自己負担額は負担割合(1割・2割・3割)による)	
	科学的介護推進体制加算(要件を満たした場合)	¥400(自己負担額は負担割合(1割・2割・3割)による)	
	栄養改善加算(1回)月2回まで、原則3ヶ月	¥2,000(自己負担額は負担割合(1割・2割・3割)による)	
	口腔機能向上加算(Ⅰ)(1回)月2回まで、原則3ヶ月	¥1,500(自己負担額は負担割合(1割・2割・3割)による)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		(上記)介護保険対象金額×23.6%	

食費(利用回数分実費)	昼食735円・おやつ65円
-------------	---------------

<上記すべてのサービスについて>

介護保険給付対象外サービス(ご利用いただいたものについて請求させていただきます。)

ご利用サービス	利用料金
レクリエーション	実費相当額
複写物の交付	¥10/枚
おむつ代	実費相当額

「総合事業通所介護相当サービス」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。
(太子町指定第 2874100486 号)

当事業所はご契約者に対して総合事業通所介護相当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ことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 大和福社会
- (2) 法人所在地 兵庫県揖保郡太子町塚森 1 2 5 - 1
- (3) 電話番号及び FAX 番号 TEL (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 5 8
FAX (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 6 0
- (4) 代表者氏名 理事長 森表 真愉美
- (5) 設立年月日 平成 1 2 年 1 2 月 2 1 日
- (6) メールアドレス mahoroba2002-3-1@nifty.com

2. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上 3 階
- (2) 建物の延べ床面積 3,266.81 m²
- (3) 施設の周辺環境
 - ・ 近くに JR 山陽本線の線路及び町道があるが、気になるような騒音は無い。
 - ・ 住宅地の中にあり、近くに幼稚園・小学校もあり地域の一員として交流できる。

事業所の説明

- (1) 事業所の種類 指定介護予防通所介護事業所

平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号

※当事業所は特別養護老人ホームまほろばの里に併設されています。

- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、そ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に支援することを目的として、ご契約者に、入浴・食事の提供とその介助、生活等についての相談・助言、健康状態の確認等の日常生活の世話と運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上（選択的サービス）などの介護予防通所介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 まほろばの里 デイサービスセンター
- (4) 施設の所在地 兵庫県揖保郡太子町塚森 1 2 5 - 1

- 交通機関 ・ 太子東バイパス／太子北インターより車で約 15 分
・ 山陽自動車道／龍野インターより車で約 15 分
・ JR 山陽本線／網干駅より車で約 5 分

(5) 電話番号及び FAX 番号 TEL (079) 275-1858
FAX (079) 275-1860

(6) 施設長（管理者）氏名 森表 正裕

(7) 当施設の運営方針

＜理念＞ 仲良く笑顔で歩こうよ

- ・ 一人ひとりの人権とプライバシーを尊重し、真心で接します。
- ・ 一人ひとりの心に寄りそい、希望や願いを大切にしたいきめ細やかな介護をします。
- ・ 一人ひとりの健康と安全に配慮し、楽しく心安らぐ「憩いの場」とします。
- ・ 専門知識を持った介護集団として、地域に介護福祉の情報を提供します。

(8) 開設（サービス開始）年月

介護予防通所介護 平成 18 年 4 月 1 日

(9) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

- 〔介護老人福祉施設〕 平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔短期入所生活介護〕 平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔介護予防短期入所生活介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔通所介護〕 平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100486 号
〔緩和した基準による通所型サービス事業〕 平成 30 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
〔認知症対応型通所介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
〔介護予防認知症対応型通所介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
〔認知症対応型共同生活介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100502 号
〔居宅介護支援〕 平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100510 号

(10) 通常の事業の実施地域 太子町・姫路市・たつの市

(11) 営業日及び営業時間

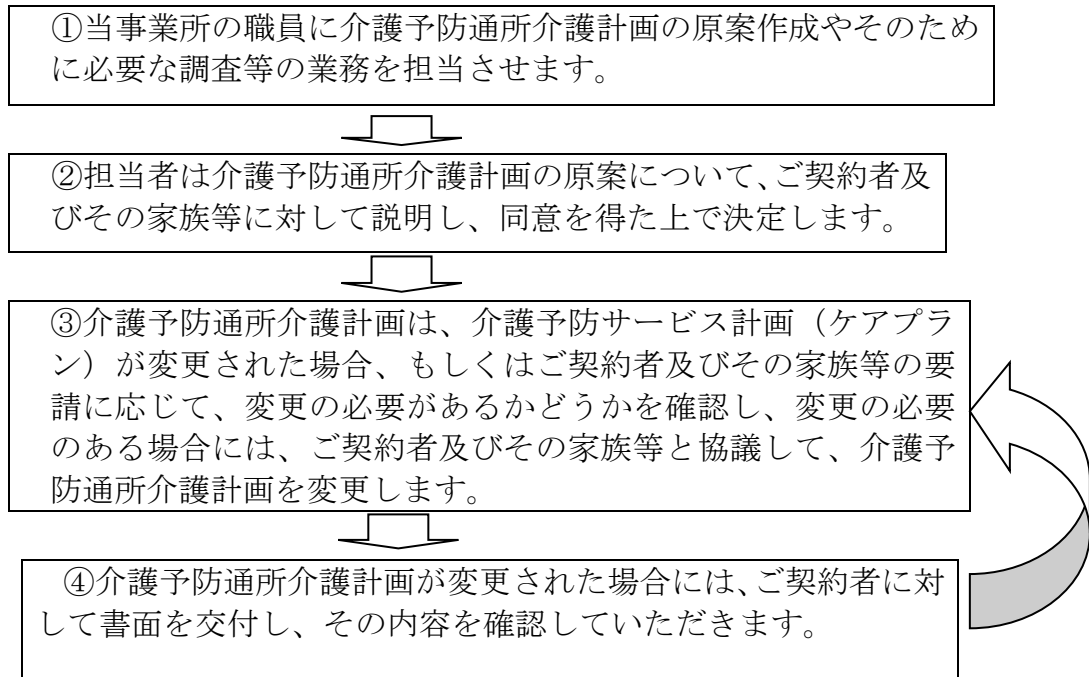
営業日	月～土（12/31～1/3 は除く）
受付時間	8:30～17:30
サービス提供時間帯	9:15～16:30

(12) 利用定員

通所介護 40 人（指定通所介護と合わせて）

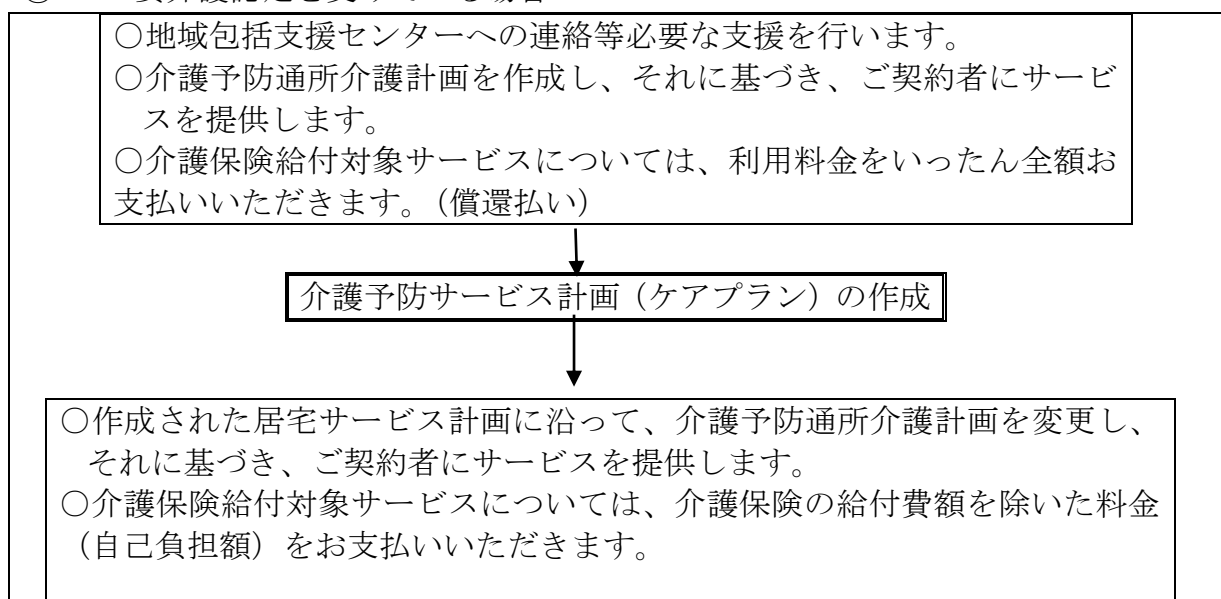
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する介護予防通所介護計画に定めます。
契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）

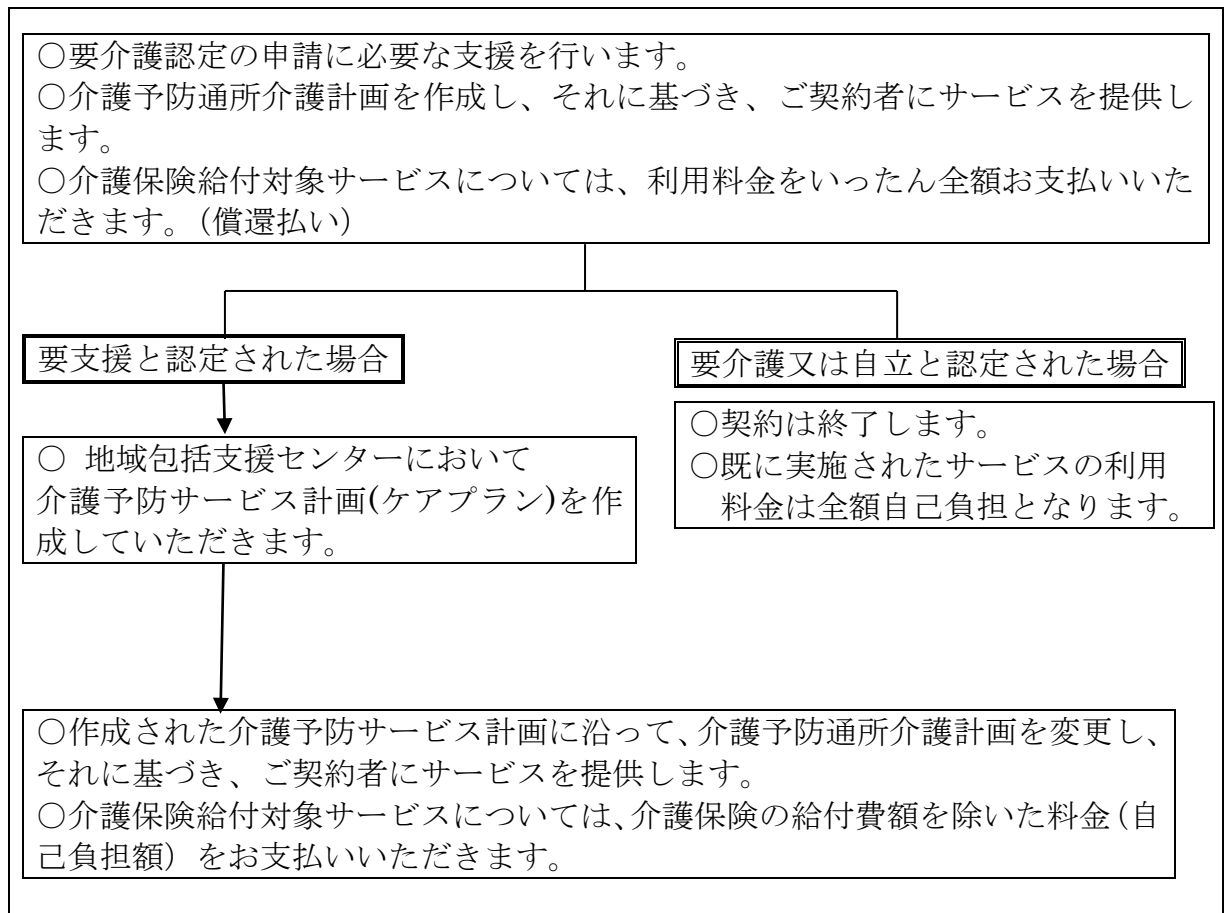


- (2) ご契約者に係る「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護認定を受けている場合



② 要介護認定を受けていない場合



4. 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。

<主な職員の配置状況>（通所介護と合わせて）

職種	通所介護・介護予防通所介護
	配置人員
1. 施設長（管理者）	1名
2. 生活相談員	1名
3. 介護職員	6名
4. 看護職員	1名
5. 機能訓練指導員	1名
6. 栄養士又は管理栄養士	1名

<主な職種の勤務体制>（通所介護と合わせて）

職種	人数	勤務体制
1. 生活相談員	1名	8：00～17：00
2. 介護職員	6名	8：15～17：15
3. 看護職員	1名	8：30～17：30
4. 機能訓練指導員	1名	8：30～16：30
以上、サービス提供時間(9:15～16:30)の最低配置人数		9：00～18：00
5. 栄養士又は管理栄養士	1名（特養栄養士又は管理栄養士が兼務）	9：00～16：30
		9：00～13：00

＜配置職員の職種＞

生活相談員・・・ご契約者の生活相談及び介護予防通所介護計画書の作成、実施に従事します。

介護職員・・・ご契約者の食事、入浴、排泄、着替え等の日常生活全般についての介助を行います。また施設内の様々な行事や趣味のクラブ活動等のレクリエーションを行います。

看護職員・・・ご契約者の健康管理に関する業務に従事します。口腔機能向上のための計画の作成及びサービスの実施に従事します。

機能訓練指導員・・・ご契約者の運動器機能向上に必要な訓練及び指導に従事します。

栄養士又は管理栄養士・・・栄養改善の実施に従事します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して通介護予防所介護サービスを提供します。

また、そのサービスについて

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全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、介護保険負担割合証に記載の割合（1割・2割・3割）を負担いただきます。残りは介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。

② 排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

③ 健康管理

- ・ 看護職員が、健康管理を行います。

④ 運動器機能向上

- ・ご契約者の運動器の機能向上を目的として運動器機能向上計画に従い、個別的に機能訓練を実施します。

⑤ 栄養改善

- ・低栄養状態にある者又はそのおそれのあるご契約者に対し、栄養士又は管理栄養士が看護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、サービスを実施して栄養状態の改善に努めます。（管理栄養士が実施した場合は加算の対象となります。）

⑥ 口腔機能向上

- ・口腔機能の低下している者又はそのおそれのあるご契約者に対し、歯科衛生士等（看護職員）が口腔機能改善のための計画を作成し、サービスを実施して口腔機能の改善に努めます。

⑦ 定例行事及び全員参加するレクリエーション

月	行事	
1 月	誕生会	新年会
2 月	誕生会	節分
3 月	誕生会	おひな祭り
4 月	誕生会	お花見
5 月	誕生会	子供の日・母の日
6 月	誕生会	父の日
7 月	誕生会	夏祭り
8 月	誕生会	盆踊り参加（地域との交流）
9 月	誕生会	お月見会
10 月	誕生会	ミニ運動会
11 月	誕生会	小旅行
12 月	誕生会	クリスマス会

※外食・ドライブ等は随時実施します

＜サービス利用料金（1日あたり）＞（契約書第9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額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（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。）

○介護予防通所介護（1月あたり）

要介護度別基本サービス費		要支援 1 17,980 円	要支援 2 36,210 円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		880 円	1,760 円
1. サービス利用料金		18,860 円	37,970 円
負 1 担 割	2. 介護保険給付金額(90%)	16,974 円	34,173 円
	3. 自己負担額(1－2)	1,886 円	3,797 円

負 2 担 割	2. 介護保険給付金額(80%)	15,088 円	30,376 円
	3. 自己負担額(1－2)	3,772 円	7,594 円
負 3 担 割	2. 介護保険給付金額(70%)	13,202 円	26,579 円
	3. 自己負担額(1－2)	5,658 円	11,391 円
科学的介護推進体制加算 (要件を満たした場合)		400 円 (自己負担額は負担割合 (1 割・2 割・3 割) による)	
栄養改善加算 (対象となる場合)		2,000 円 (自己負担額は負担割合 (1 割・2 割・3 割) による)	
口腔機能向上加算 (対象となる場合)		1,500 円 (自己負担額は負担割合 (1 割・2 割・3 割) による)	
事業所評価加算 (対象年度)		1,200 円 (自己負担額は負担割合 (1 割・2 割・3 割) による)	
介護職員等処遇改善加算 I ロ		(上記) 介護保険対象金額×12.0%(円)	

※サービス提供加算（I）…介護職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が100分の70以上です。

※要介護度別の自己負担金額に利用された各種加算金額を足したものが1ヶ月当たりのご契約者の負担金額になります。事業所評価加算は兵庫県より基準に適合したと判定された年度について加算となります。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援1又は要支援2の認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険から払い戻す手続きをとっていただくことになります（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。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

☆ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

☆ご契約者に提供する食費は、昼食 735 円・おやつ 65 円となります。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第8条参照）

以下のサービスは、利用料金の全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 食事

- ・当事業所では、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況および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間）

昼食 12:00～13:00 おやつ 15:00～15:30

② 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えた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」の全額（自己負担額ではありません。また加算分は含まれます。）が必要となります。

③ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担いただきます。

１枚につき １０円

④ レクリエーション等

ご契約者の希望によりレクリエーション等（ドライブ・外出・遠足）に参加していただくことができます。

利用料金：喫茶店等への外出の場合は実費をいただきます。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

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。

⑥ おむつ代（実費相当額）

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第 9 条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア．窓口での現金支払

イ．下記指定口座への振り込み

みなと銀行網干駅支店 普通預金 3715204

社会福祉法人大和福祉会 理事長 森 表 真愉美

ウ．金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：銀行・郵便局・信用金庫

（ご希望の方は手続き致します）

（４）利用の中止、変更、追加（契約書第 10 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、利用予定日の前々日までに事業者申し出て下さい。

利用日当日の申し出の場合(体調不良含む)	当日の食費の全額
----------------------	----------

○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できない場合、他の利用可能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

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、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。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

①協力病院

病 院 の 名 称	たつの市民病院
所 在 地	兵庫県たつの市御津町中島 1666-1 (TEL 079-322-1121)
診 療 科	内科、外科、小児科、眼科、麻酔科、整形外科、リハビリテーション科

②協力歯科医療機関

医 療 機 関 の 名 称	つだ歯科医院
所 在 地	兵庫県姫路市飾磨区英賀清水町 1-25 (TEL 079-230-6655)

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の 7 日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更に要介護認定期間同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、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が、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 18 条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が要介護又は自立と判定された場合
- 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 事業所の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が、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 ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 19 条、第 20 条参照）
 契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約・解除届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）
- ③ ご契約者の「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約はできません）
- ④ 事業者も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サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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

- ⑦ 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もしくは傷つける具体的な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）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただきます。

- 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情を生じさせた場合
- ② ご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、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・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生じさせた場合
- ④ ご契約者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

（３）契約の一部が解約または解除された場合（契約書第 22 条参照）

本契約の一部が解約又は介助された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

（４）契約の終了に伴う援助（契約書第 18 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. 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）

事業者は、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などに配慮するなど、契約書第 11 条、第 12 条に規定される義務を負います。事業者では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- 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 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。ただし、コピー代は有料となります。
- ④ ご契約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、ご契約者また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、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

- ⑤ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に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。
- 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またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（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。また、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。

8. 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、ペット・危険物は原則として持ち込むことができません。おむつは普段お使いの物をお持ちください。貴重品はなるべくお持ちにならないようお願い致します。紛失、混同を防ぐため、持ち込まれる物には、必ずすべてに名前（フルネーム）をご記入下さい。特に履物への名前の記入をお願い致します。

（2）施設・設備の使用上の注意（契約書第 13 条、第 14 条参照）

○施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、またはわず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、営利活動などを行うことはできません。

（3）喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

9. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、契約者やその家族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。

10. 損害賠償について（契約書第 15 条、第 16 条参照）

- （1）当事業所において、事業者の責任によりご契約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。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者側に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

- （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 契約者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② 契約者（その家族も含む）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つぱら起因して損害が発生した場合
- ③ 契約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つぱら起因して損害が発生した場合
- ④ 契約者が、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つぱら起因して損害が発生した場合

1 1. 苦情の受付について（契約書第 25 条参照）

（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。

○苦情受付担当者

〔氏名〕 山本 麻衣

〔職名〕 まほろばの里デイサービスセンター 生活相談員

〔氏名〕 重光 貴文

〔職名〕 まほろばの里デイサービスセンター 生活相談員

○受付時間及び電話番号

毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

TEL (079) 275-1858

○第三者委員

〔氏名〕 小坂 次子

〔氏名〕 科野 賢子

〔氏名〕 肥田 清美

○苦情解決責任者

〔氏名〕 森表 正裕

〔職名〕 施設長

なお、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ける事が出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立ち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）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 8:45～17:15 月～金
○太子町生活福祉部 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 8:30～17:15 月～金
○姫路市介護保険課	所在地 姫路市安田 4 丁目 1 番地 電話番号 (079)221-2923・2924 FAX 番号 (079)221-2444 受付時間 8:35～17:20 月～金
○たつの市健康福祉部 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 8:30～17:15 月～金
○相生市健康福祉部 健康介護課 長寿介護係	所在地 相生市旭 1 丁目 1-3 電話番号 (0791)22-7124 FAX 番号 (0791)23-4596 受付時間 8:30～17:15 月～金
○赤穂市医療介護課 介護保険係	所在地 赤穂市加里屋 81 電話番号 (0791)43-6947 FAX 番号 (0791)43-6892 受付時間 8:30～18:00 月～金

令和 年 月 日 時 ～ 時
総合事業通所介護相当サービスの提供に際し、本書面に基づき本重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 大和福社会

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、総合事業通所介護相当サービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者

住所 〒

氏名

印

身元引受人である私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、総合事業通所介護相当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いたします。

身元引受人

兼署名代行者

住所 〒

氏名

印

（契約者との関係 ）

電話番号（ ） ー

FAX 番号（ ） ー

「緩和基準サービス」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。
(太子町指定第 2874100486 号)

当事業所はご契約者に対して緩和した基準による通所型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ことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 大和福社会
- (2) 法人所在地 兵庫県揖保郡太子町塚森 1 2 5 - 1
- (3) 電話番号及び FAX 番号 TEL (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 5 8
FAX (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 6 0
- (4) 代表者氏名 理事長 森表 真愉美
- (5) 設立年月日 平成 1 2 年 1 2 月 2 1 日
- (6) メールアドレス mahoroba2002-3-1@nifty.com

2. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上 3 階
- (2) 建物の延べ床面積 3,266.81 m²
- (3) 施設の周辺環境
 - ・ 近くに JR 山陽本線の線路及び町道があるが、気になるような騒音は無い。
 - ・ 住宅地の中にあり、近くに幼稚園・小学校もあり地域の一員として交流できる。

事業所の説明

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所
※当事業所は特別養護老人ホームまほろばの里に併設されています。
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、そ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に支援することを目的とする。
- (3) 施設の名称 まほろばの里 デイサービスセンター
- (4) 施設の所在地 兵庫県揖保郡太子町塚森 1 2 5 - 1
交通機関 ・ 太子東バイパス／太子北インターより車で約 1 5 分
・ 山陽自動車道／龍野インターより車で約 1 5 分
・ JR 山陽本線／網干駅より車で約 5 分
- (5) 電話番号及び FAX 番号 TEL (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 5 8
FAX (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 6 0

(6) 施設長（管理者）氏名 森表 正裕

(7) 当施設の運営方針

＜理念＞ 仲良く笑顔で歩こうよ

- ・一人ひとりの人権とプライバシーを尊重し、真心で接します。
- ・一人ひとりの心に寄りそい、希望や願いを大切にしたいきめ細やかな介護をします。
- ・一人ひとりの健康と安全に配慮し、楽しく心安らぐ「憩いの場」とします。
- ・専門知識を持った介護集団として、地域に介護福祉の情報を提供します。

(8) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

〔介護老人福祉施設〕	平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔短期入所生活介護〕	平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔介護予防短期入所生活介護〕	平成 18 年 4 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔通所介護〕	平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100486 号
〔通所介護相当サービス事業〕	平成 30 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
〔認知症対応型通所介護〕	平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
〔介護予防認知症対応型通所介護〕	平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
〔認知症対応型共同生活介護〕	平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100502 号
〔居宅介護支援〕	平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100510 号

(10) 通常の事業の実施地域 太子町

(11) 営業日及び営業時間

営業日	月～土（12/31～1/3 は除く）
受付時間	8:30～17:30
サービス提供時間帯	9:15～16:30

(12) 利用定員

40 人（指定通所介護・指定介護予防通所介護と合わせて）

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。

＜主な職員の配置状況＞（通所介護・通所介護相当サービスと合わせて）

職種	通所介護・介護予防通所介護
	配置人員
1. 施設長（管理者）	1 名
2. 生活相談員	1 名
3. 介護職員	6 名
4. 看護職員	1 名

5. 機能訓練指導員	1 名
6. 栄養士又は管理栄養士	1 名

＜主な職種の勤務体制＞（通所介護・通所介護相当と合わせて）

職種	人数	勤務体制
1. 生活相談員	1 名	8：00～17：00
2. 介護職員	6 名	8：15～17：15
3. 看護職員	1 名	8：30～17：30
4. 機能訓練指導員	1 名	8：30～16：30
以上、サービス提供時間(9:15～16:30)の最低配置人数		9：00～18：00
5. 栄養士又は管理栄養士	1 名（特養栄養士又は管理栄養士が兼務）	9：00～16：30
		9：00～13：00

＜配置職員の職種＞

生活相談員・・・ご契約者の生活相談及び介護予防通所介護計画書の作成、実施に従事します。

介護職員・・・ご契約者の食事、入浴、排泄、着替え等の日常生活全般についての介助を行います。また施設内の様々な行事や趣味のクラブ活動等のレクリエーションを行います。

看護職員・・・ご契約者の健康管理に関する業務に従事します。口腔機能向上のための計画の作成及びサービスの実施に従事します。

機能訓練指導員・・・ご契約者の運動器機能向上に必要な訓練及び指導に従事します。

栄養士又は管理栄養士・・・栄養改善の実施に従事します。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して緩和した基準による通所型サービスを提供します。また、そのサービスについて

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全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、介護保険負担割合証に記載の割合（1割又は2割）を負担いただきます。残りは介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。

② 排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

③ 健康管理

- ・ 看護職員が、健康管理を行います。

④ 運動器機能向上

- ・ ご契約者の運動器の機能向上を目的として運動器機能向上計画に従い、個別的に機能訓練を実施します。

⑤ 定例行事及び全員参加するレクリエーション

月	行事	
1 月	誕生会	新年会
2 月	誕生会	節分
3 月	誕生会	おひな祭り
4 月	誕生会	お花見
5 月	誕生会	子供の日・母の日
6 月	誕生会	父の日
7 月	誕生会	夏祭り
8 月	誕生会	盆踊り参加（地域との交流）
9 月	誕生会	お月見会
10 月	誕生会	ミニ運動会
11 月	誕生会	小旅行
12 月	誕生会	クリスマス会

※外食・ドライブ等は随時実施します

＜サービス利用料金（1日あたり）＞（契約書第8条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度等に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度等に応じて異なります。）

要介護度別基本サービス費		事業対象者・要支援1・2 （週1回程度） 14,380 円	事業対象者・要支援2 （週2回程度） 28,970 円
サービス提供体制強化加算（I）		880 円	1,760 円
1. サービス利用料金		15,260 円	30,730 円
送迎加算（自己負担75%）		1,500 円	3,000 円
負 1 担 割	2. 介護保険給付金額(90%)	14,109 円	28,407 円
	3. 自己負担額(1－2)	2,651 円	5,323 円
負 2 担 割	2. 介護保険給付金額(80%)	12,583 円	25,334 円
	3. 自己負担額(1－2)	4,177 円	8,396 円
負 3 担 割	2. 介護保険給付金額(70%)	11,057 円	22,261 円
	3. 自己負担額(1－2)	5,703 円	11,469 円
介護職員処遇改善加算 I ロ		（上記）介護保険対象金額×12.0%（円）	

※サービス提供加算 I …介護職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上です。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

☆ご契約者に提供する食費は、昼食 735 円・おやつ 65 円となります。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条、第 8 条参照）

以下のサービスは、利用料金の全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 食事

- ・当事業所では、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および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間）

昼食 12:00～13:00

おやつ 15:00～15:30

② 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

④ レクリエーション等

ご契約者の希望によりレクリエーション等（ドライブ・外出・遠足）に参加していただくことができます。

利用料金：喫茶店等への外出の場合は実費をいただきます。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

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）利用料金のお支払い方法（契約書第 8 条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア．窓口での現金支払

イ．下記指定口座への振り込み

みなと銀行網干駅支店 普通預金 3715204

しゃかいふくしほうじんだいわふくしかい りじちょう もりひょう ま ゆ み
社会福祉法人大和福祉会 理事長 森 表 真愉美

ウ．金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：銀行・郵便局・信用金庫

（ご希望の方は手続き致します）

（４）利用の中止、変更、追加（契約書第 9 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、利用予定日の前々日までに事業者申し出て下さい。

利用日当日の申し出の場合(体調不良含む)

当日の食費の全額

○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できない場合、他の利用可能日時を契

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

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、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。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

①協力病院

病 院 の 名 称	たつの市民病院
所 在 地	兵庫県たつの市御津町中島 1666-1 (TEL 079-322-1121)
診 療 科	内科、外科、小児科、眼科、麻酔科、整形外科、リハビリテーション科

②協力歯科医療機関

医 療 機 関 の 名 称	つだ歯科医院
所 在 地	兵庫県姫路市飾磨区英賀清水町 1-25 (TEL 079-230-6655)

６．サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の 7 日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更に要介護認定期間同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、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が、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 18 条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 契約者が要介護の認定を受けた場合
- 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 事業所の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が、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 ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 19 条、第 20 条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約・解除届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）
- ③ 事業者も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サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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もしくは傷つける具体的な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) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただきます。

- 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情を生じさせた場合
- ② ご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、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・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生じさせた場合
- ④ ご契約者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

(3) 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第 22 条参照）

本契約の一部が解約又は介助された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助（契約書第 18 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. 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）

事業者は、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などに配慮するなど、契約書第 11 条、第 12 条に規定される義務を負います。事業者では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- 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 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。ただし、コピー代は有料となります。
- ④ ご契約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、ご契約者また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、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

- ⑤ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に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。

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またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（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。また、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。

8. 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、ペット・危険物は原則として持ち込むことができません。おむつは普段お使いの物をお持ちください。貴重品はなるべくお持ちにならないようお願い致します。紛失、混同を防ぐため、持ち込まれる物には、必ずすべてに名前（フルネーム）をご記入下さい。特に履物への名前の記入をお願い致します。

（2）施設・設備の使用上の注意（契約書第 13 条、第 14 条参照）

○施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、またはわず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、営利活動などを行うことはできません。

（3）喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

9. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、契約者やその家族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。

10. 損害賠償について（契約書第 15 条、第 16 条参照）

- （1）当事業所において、事業者の責任によりご契約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。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者側に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

- （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 契約者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② 契約者（その家族も含む）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つぱら起因して損害が発生した場合
- ③ 契約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つぱら起因して損害が発生した場合
- ④ 契約者が、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つぱら起因して損害が発生した場合

1 1. 苦情の受付について（契約書第 25 条参照）

（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。

○苦情受付担当者

〔氏名〕 山本 麻衣

〔職名〕 まほろばの里デイサービスセンター 生活相談員

〔氏名〕 重光 貴文

〔職名〕 まほろばの里デイサービスセンター 生活相談員

○受付時間及び電話番号

毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

TEL (079) 275-1858

○第三者委員

〔氏名〕 小坂 次子

〔氏名〕 科野 賢子

〔氏名〕 肥田 清美

○苦情解決責任者

〔氏名〕 森表 正裕

〔職名〕 施設長

なお、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れる事が出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立ち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）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 8:45～17:15 月～金
○太子町生活福祉部 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 8:30～17:15 月～金
○姫路市介護保険課	所在地 姫路市安田 4 丁目 1 番地 電話番号 (079)221-2923・2924 FAX 番号 (079)221-2444 受付時間 8:35～17:20 月～金
○たつの市健康福祉部 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 8:30～17:15 月～金
○相生市健康福祉部 健康介護課 長寿介護係	所在地 相生市旭 1 丁目 1-3 電話番号 (0791)22-7124 FAX 番号 (0791)23-4596 受付時間 8:30～17:15 月～金
○赤穂市医療介護課 介護保険係	所在地 赤穂市加里屋 81 電話番号 (0791)43-6947 FAX 番号 (0791)43-6892 受付時間 8:30～18:00 月～金

令和 年 月 日 時 ～ 時
緩和した基準による通所型サービスの提供に際し、本書面にに基づき本重要事項
説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 大和福祉会

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、緩和した基準によ
る通所型サービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者

住所 〒

氏名

印

身元引受人である私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、緩和した
基準による通所型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いたします。

身元引受人

兼署名代行者

住所 〒

氏名

印

(契約者との関係)

電話番号 () ー

FAX 番号 () ー

「指定介護予防認知症対応型通所介護」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。
介護予防認知症対応型通所介護（太子町指定第 2874100486 号）

当事業所はご契約者に対して指定介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。尚、認知症対応型通所介護サービスは地域密着型サービスのため、原則として事業所所在地である太子町に居住している方がご利用対象となります。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ことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 大和福社会
- (2) 法人所在地 兵庫県揖保郡太子町塚森 1 2 5 - 1
- (3) 電話番号及び FAX 番号 TEL (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 5 8
FAX (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 6 0
- (4) 代表者氏名 理事長 森表 真愉美
- (5) 設立年月日 平成 1 2 年 1 2 月 2 1 日
- (6) メールアドレス mahoroba2002-3-1@nifty.com

2. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上 3 階
- (2) 建物の延べ床面積 3,266.81 m²
- (3) 施設の周辺環境
 - ・ 近くに JR 山陽本線の線路及び町道があるが、気になるような騒音は無い。
 - ・ 住宅地の中にあり、近くに幼稚園・小学校もあり地域の一員として交流できる。

事業所の説明

- (1) 事業所の種類 指定認知症対応型通所介護事業所

平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号

※当事業所は特別養護老人ホームまほろばの里に併設されています。

- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、そ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に支援することを目的として、ご契約者に、入浴・食事の提供とその介助、生活等についての相談・助言、健康状態の確認等の日常生活の世話と個別機能訓練、栄養改善、口腔機能向上などの介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。

(3) 施設の名称 まほろばの里 デイサービスセンター

(4) 施設の所在地 兵庫県揖保郡太子町塚森 1 2 5 - 1

交通機関 ・ 太子東バイパス／太子北インターより車で約 1 5 分

・ 山陽自動車道／龍野インターより車で約 1 5 分

・ JR 山陽本線／網干駅より車で約 5 分

(5) 電話番号及び FAX 番号 TEL (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 5 8

FAX (0 7 9) 2 7 5 - 1 8 6 0

(6) 施設長（管理者）氏名 森表 正裕

(7) 当施設の運営方針

＜理念＞ 仲良く笑顔で歩こうよ

- ・ 一人ひとりの人権とプライバシーを尊重し、真心で接します。
- ・ 一人ひとりの心に寄りそい、希望や願いを大切にしたいきめ細やかな介護をします。
- ・ 一人ひとりの健康と安全に配慮し、楽しく心安らぐ「憩いの場」とします。
- ・ 専門知識を持った介護集団として、地域に介護福祉の情報を提供します。

(8) 開設（サービス開始）年月

介護予防認知症対応型通所介護 平成 18 年 4 月 1 日

(9) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

〔介護老人福祉施設〕	平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔短期入所生活介護〕	平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔介護予防短期入所生活介護〕	平成 18 年 4 月 1 日指定兵庫県 2874100494 号
〔通所介護〕	平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100486 号
〔介護予防通所介護〕	平成 18 年 4 月 1 日指定兵庫県 2874100486 号
〔認知症対応型通所介護〕	平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100486 号
〔認知症対応型共同生活介護〕	平成 18 年 4 月 1 日指定太子町 2874100502 号
〔居宅介護支援〕	平成 14 年 3 月 1 日指定兵庫県 2874100510 号

(10) 通常の事業の実施地域 太子町

(11) 営業日及び営業時間

営業日	月～土（12/31～1/3 は除く）
受付時間	8:30～17:30
サービス提供時間帯	9:15～16:30

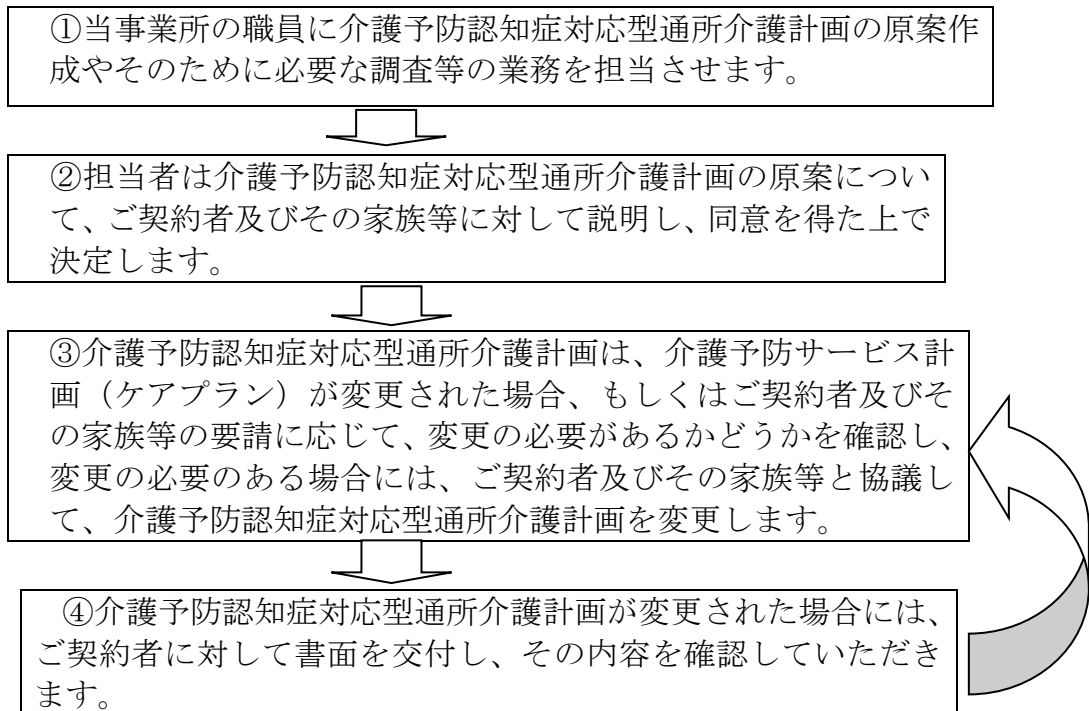
(12) 利用定員

介護予防認知症対応型通所介護 12 人

（指定認知症対応型通所介護と合わせて）

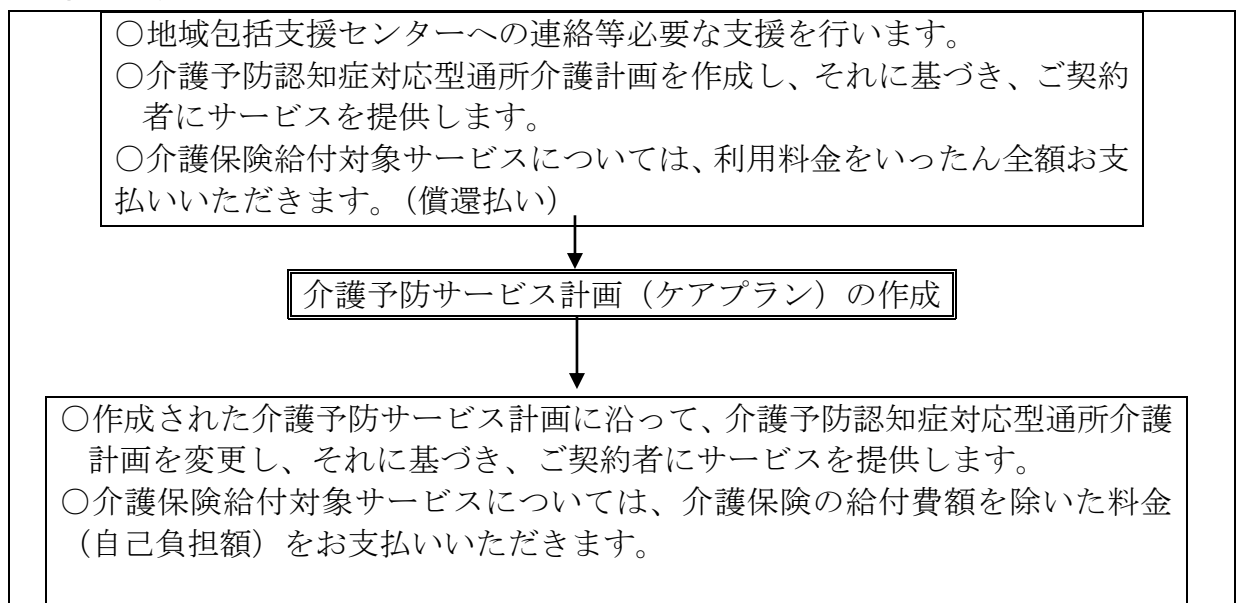
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- （１）ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する通所介護計画に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第３条参照）

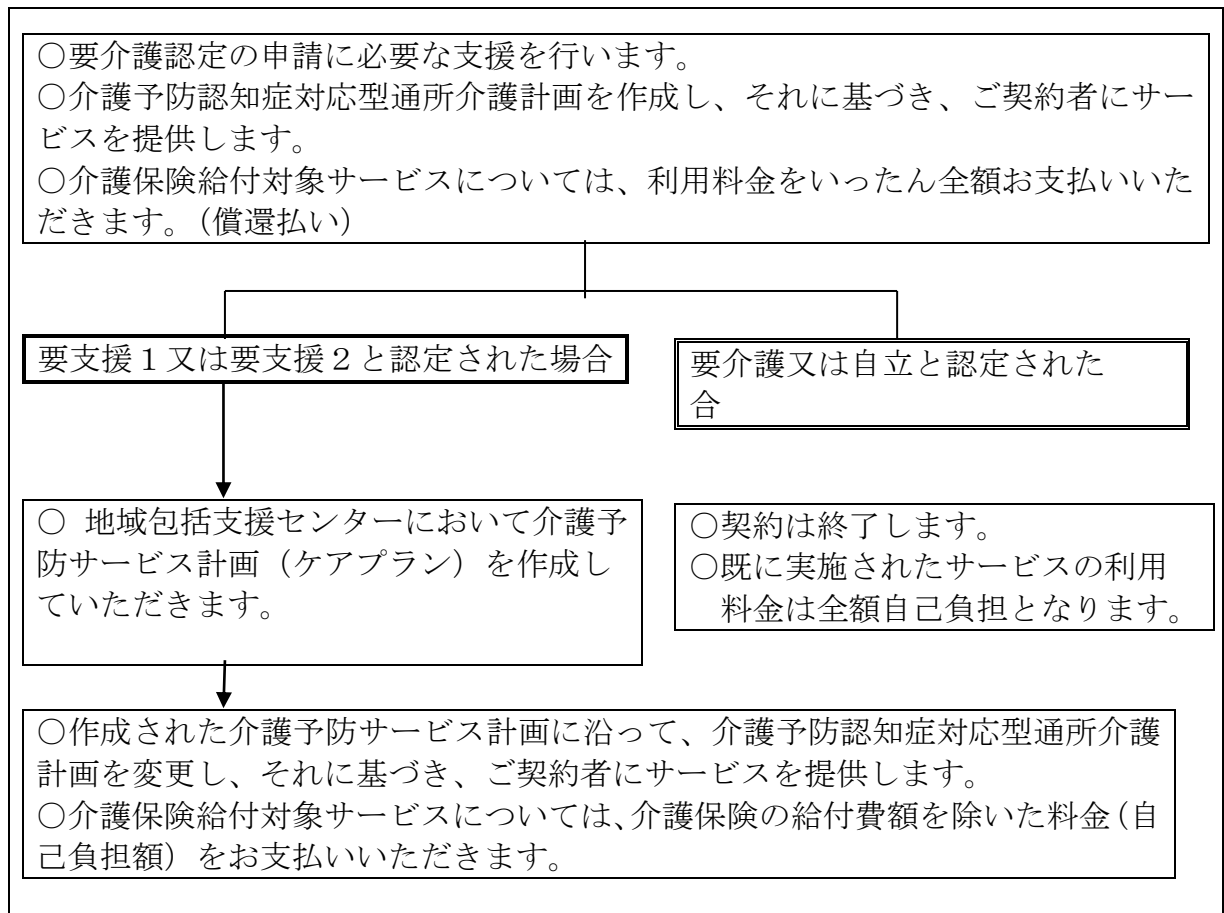


- （２）ご契約者に係る「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

・ ①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防認知症対応型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>（認知症対応型通所介護と合わせて）

職種	介護予防認知症対応型通所介護 認知症対応型通所介護
	配置人員
1. 施設長（管理者）	1名
2. 生活相談員	1名
3. 介護職員	1名以上
4. 看護職員	1名
5. 機能訓練指導員	1名
6. 栄養士又は管理栄養士	1名

<主な職種の勤務体制>（認知症対応型通所介護と合わせて）

職種	人数	勤務体制
1. 生活相談員	1名	8：00～17：00
2. 介護職員	1名	8：15～17：15
3. 看護職員	1名	8：30～17：30
4. 機能訓練指導員	1名（看護職員が兼務）	8：30～16：30
以上、サービス提供時間(9:15～16:30)の最低配置人数		9：00～18：00
5. 栄養士又は管理栄養士	1名（特養栄養士又は管理栄養士が兼務）	9：00～13：00

<配置職員の職種>

生活相談員・・・ご契約者の生活相談及び通所介護計画書の作成、実施に従事します。

介護職員・・・ご契約者の食事、入浴、排泄、着替え等の日常生活全般についての介助を行います。また施設内の様々な行事や趣味のクラブ活動等のレクリエーションを行います。

看護職員・・・ご契約者の健康管理に関する業務に従事します。口腔機能改善のための計画の作成及びサービスの実施に従事します。

機能訓練指導員・・・ご契約者の機能回復、健康維持及び予防に必要な訓練及び指導に従事します。

栄養士又は管理栄養士・・・栄養ケア計画の作成及びサービスの実施に従事します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。

また、そのサービスについて

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全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、介護保険負担割合証に記載の割合（1割又は2割）を負担いただきます。残りは介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

③ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員より、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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 健康管理

- ・ 看護職員が、健康管理を行います。

⑤ 栄養改善

- ⑥ ・ 低栄養状態にある者又はそのおそれのあるご契約者に対し、栄養士又は管理栄養士が看護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、サービスを実施して栄養状態の改善に努めます。（管理栄養士が実施した場合は加算の対象となります。）

⑥ 口腔機能向上

- ・ 口腔機能の低下している者又はそのおそれのあるご契約者に対し、歯科衛生士等（看護職員）が口腔機能改善のための計画を作成し、サービスを実施して口腔機能の改善に努めます。

⑦ 個別機能訓練

- ・ 個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービスを提供します。

定例行事及び全員参加するレクリエーション

月	行事	
1 月	誕生会	新年会
2 月	誕生会	節分
3 月	誕生会	おひな祭り
4 月	誕生会	お花見
5 月	誕生会	子供の日・母の日
6 月	誕生会	父の日
7 月	誕生会	夏祭り
8 月	誕生会	盆踊り参加（地域との交流）
9 月	誕生会	お月見会
10 月	誕生会	ミニ運動会
11 月	誕生会	小旅行
12 月	誕生会	クリスマス会

※外食・ドライブ等は随時実施します

＜サービス利用料金（1日あたり）＞（契約書第9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額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サ

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。）

○介護予防認知症対応型通所介護（1日あたり）

要介護度別基本サービス費		要支援 1 7,730 円	要支援 2 8,640 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）		270 円	
サービス提供体制加算（Ⅰ）		220 円	
入浴介助加算		400 円	
1. サービス利用料金		8,600 円	9,510 円
負担割合 1割	2. 介護保険給付金額(90%)	7,740 円	8,559 円
	3. 自己負担額(1－2)	860 円	951 円
	4. 食費（昼食・おやつ）	800 円	
	5. 自己負担額合計 (3＋4)	1,660 円	1,751 円
負担割合 2割	2. 介護保険給付金額(80%)	6,880 円	7,608 円
	3. 自己負担額(1－2)	1,720 円	1,902 円
	4. 食費（昼食・おやつ）	800 円	
	5. 自己負担額合計 (3＋4)	2,520 円	2,702 円
負担割合 3割	2. 介護保険給付金額(70%)	6,020 円	6,657 円
	3. 自己負担額(1－2)	2,580 円	2,853 円
	4. 食費（昼食・おやつ）	800 円	
	5. 自己負担額合計 (3＋4)	3,380 円	3,653 円
送迎減算（片道）		△470 円 (自己負担額は負担割合（1割・2割・3割）による)	
栄養改善加算（1回） 月2回まで、原則3ヶ月		2,000 円 (自己負担額は負担割合（1割・2割・3割）による)	
口腔機能向上加算（1回） 月2回まで、原則3ヶ月		1,500 円 (自己負担額は負担割合（1割・2割・3割）による)	
介護職員処遇改善加算Ⅰロ		(上記) 介護保険対象金額×23.6%(円)	

※サービス提供体制強化加算（Ⅰ）…介護職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が100分の70以上です。

※要介護度別の自己負担金額に利用された各種加算金額を足したものがご契約者の負担金額になります。

☆科学的介護推進体制加算…ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスの提供に当たって、その情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合、1ヶ月あたり40円（2割の場合80円・3割の場合120円）をご負担いただきます。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援1又は要支援2の認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険から払い戻す手続きをとっていただくことになります（償還払い）。また、介護予防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。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

☆ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、負担額については上表と異なることがあります。

☆ご契約者に提供する食費は、昼食 735 円・おやつ 65 円となります。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第8条参照）

以下のサービスは、利用料金の全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 食事

当事業所では、栄養士又は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および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 昼 食 12：00～13：00

おやつ 15：00～15：30

② 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えた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」の全額（自己負担額ではありません。また加算分は含まれます。）が必要となります。

③ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担いただきます。 1枚につき 10円

④ レクリエーション等

ご契約者の希望によりレクリエーション等（ドライブ・外出・遠足）に参加していただくことができます。

利用料金：喫茶店等への外出の場合は実費をいただきます。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

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。

⑥ おむつ代（実費相当額）

（3）利用料金のお支払い方法（契約書第9条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、

翌月末までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア．窓口での現金支払
 イ．下記指定口座への振り込み
 みなと銀行網干駅支店 普通預金 3715204
 ^{しゃかいふくしほうじんたいわふくしかい} ^{りじちよう} ^{もりひよう} ^{ま ゆ み}
 社会福祉法人大和福祉会 理事長 森表 真愉美
 ウ．金融機関口座からの自動引き落とし
 ご利用できる金融機関：銀行・郵便局・信用金庫
 （ご希望の方は手続き致します）

（４）利用の中止、変更、追加（契約書第 10 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、利用予定日の前々日までに事業者申し出て下さい。
- 利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは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いただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前々日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日に申し出があった場合	当日の利用料金の 5 0 %
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の全額

- 介護保険給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い自己負担額の 5 0 % もしくは全額となります。
- 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できない場合、他の利用可能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

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、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。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

①協力病院

病 院 の 名 称	たつの市民病院
所 在 地	兵庫県たつの市御津町中島 1666-1 (TEL 079-322-1121)
診 療 科	内科、外科、小児科、眼科、麻酔科、整形外科、リハビリテーション科

②協力歯科医療機関

医 療 機 関 の 名 称	つだ歯科医院
---------------	--------

所	在	地	兵庫県姫路市飾磨区英賀清水町 1-25 (TEL 079-230-6655)
---	---	---	--

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の 7 日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更に 6 ヶ月間（要介護認定期間）同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、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が、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 18 条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が要介護又は自立と判定された場合
- 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 事業所の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が、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 ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 19 条、第 20 条参照）
 契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約・解除届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）
- ③ ご契約者の「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約はできません）
- ④ 事業者も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サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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
- ⑦ 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もしくは傷つける具体的な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）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただきます。

- 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情を生じさせた場合
- ② ご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、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・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生じさせた場合
- ④ ご契約者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

(3) 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第 22 条参照）

本契約の一部が解約又は介助された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助（契約書第 18 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. 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）

事業者は、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などに配慮するなど、契約書第 11 条、第 12 条に規定される義務を負います。事業者では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- 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 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。ただし、コピー代は有料となります。
- ④ ご契約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、ご契約者また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、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に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。
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またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（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。また、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。

8. 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、ペット・危険物は原則として持ち込むことができません。おむつは普段お使いの物をお持ちください。貴重品はなるべくお持ちにならないようお願い致します。紛失、混同を防ぐため、持ち込まれる物には、必ずすべてに名前（フルネーム）をご記入下さい。特に履物への名前の記入をお願い致します。

（2）施設・設備の使用上の注意（契約書第 13 条、第 14 条参照）

○施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、またはわず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、営利活動などを行うことはできません。

（3）喫煙 施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

9. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、契約者やその家族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。

10. 損害賠償について（契約書第 15 条、第 16 条参照）

（1）当事業所において、事業者の責任によりご契約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。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者側に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

（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 契約者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合

② 契約者（その家族も含む）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

とにもっばら起因して損害が発生した場合

③ 契約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ばら起因して損害が発生した場合

④ 契約者が、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ばら起因して損害が発生した場合

1 1. 苦情の受付について（契約書第 25 条参照）

（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。

○苦情受付担当者

〔氏名〕 酒本 佳奈

〔職名〕 まほろばの里デイサービスセンター 生活相談員／介護職員

〔氏名〕 山本 麻衣

〔職名〕 まほろばの里デイサービスセンター 生活相談員

○受付時間及び電話番号

毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30 TEL（079）275－1858

○第三者委員

〔氏名〕 小坂 次子

〔氏名〕 科野 賢子

〔氏名〕 肥田 清美

○苦情解決責任者

〔氏名〕 森表 正裕

〔職名〕 施設長

なお、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れる事が出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立ち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）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 8:45～17:15 月～金
○太子町生活福祉部 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 8:30～17:15 月～金
○姫路市介護保険課	所在地 姫路市安田４丁目１番地 電話番号 (079)221-2923・2924 FAX 番号 (079)221-2444 受付時間 8:35～17:20 月～金
○たつの市健康福祉部 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 8:30～17:15 月～金
○相生市健康福祉部 健康介護課 長寿介護係	所在地 相生市旭１丁目１-3 電話番号 (0791)22-7124 FAX 番号 (0791)23-4596 受付時間 8:30～17:15 月～金
○赤穂市医療介護課 介護保険係	所在地 赤穂市加里屋 81 電話番号 (0791)43-6947 FAX 番号 (0791)43-6892 受付時間 8:30～18:00 月～金

令和 年 月 日 時 ～ 時
指定介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供に際し、本書面にに基づき本
重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 大和福社会

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、指定介護予防認知
症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者

住所 〒

氏名

印

身元引受人である私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定介護
予防認知症対応型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いたします。

身元引受人

兼署名代行者

住所 〒

氏名

印

(契約者との関係)

電話番号 () ー

FAX 番号 () ー