

## 重要事項説明書（地域密着型認知症対応型通所介護）

当事業者が提供する予防通所介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 事業者の概要

事業者の名称	株式会社 望実
主たる事務所の所在地	浜松市東区丸塚町522-2
電話番号	053-411-5411
法人の種別及び名称	株式会社 望実
代表者職	代表取締役
代表者氏名	鈴木重伸

事業所の名称	デイサービスのぞみ
事業所の所在地	浜松市東区上西町68-13
介護保険事業所番号	2297100303
指定年月日	平成20年3月17日
交通の便	JR 浜松駅より車で約15分、東名浜松ICより車で約15分
通常の事業の実施地域	浜松市中区、東区、西区、南区、浜北区

### 2 事業者の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤 務 の 体 制	
管理者兼生活相談員 又は管理者兼介護者	認知症対応型サ ービス事業管理 者研修修了	1人	常勤・兼務	1人
生活相談員	福祉用具専門 相談員・介護福 祉士	2人	常勤・兼務 常勤・専従	1人 1人
機能訓練指導員	看護師	1人	非常勤・兼務	1人
介護職員		2人	常勤・専従 常勤・兼務 非常勤・専従	1人 1人 1人

### 3 通所介護施設の概要

定員	9人
食堂及び機能訓練室	34.80㎡
浴室	1台

#### 4 サービスの提供時間

平日（月～土曜日）	午前 9時 00分から午後 2時 15分
休日	日曜日 年末年始（12月29日～1月3日）、5月3日～5月5日

#### 5 通所介護の運営の方針

<p>1. 要介護の状態となった利用客が、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援するとともに、利用客の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることに努める。</p> <p>2. 市町村、保健・医療機関、他の指定介護サービス事業者との連携を図り、事業の目的が円滑かつ公正に運営されることに努める。</p>
---

#### 6 利用料金

- (1) 当事業者の通所介護の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として基本料金の1割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

時間区分	3時間以上 5時間未満	5時間以上 7時間未満
要介護1	564単位	865単位
要介護2	620単位	958単位
要介護3	678単位	1,050単位
要介護4	735単位	1,143単位
要介護5	792単位	1,236単位

- 基本料金は、所定の単位に10.17円を乗じて得た額です。
- 長時間のサービスの利用が困難である場合に、3時間以上5時間未満の通所介護を行なった場合は、上記表のとおり減算されます。
- 短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）を受けている間は、介護保険からの支払は受けられません。
- この他、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省告示第126号）に規定される機能訓練指導又は入浴を受けた場合は、一定の料金を負担していただきます。
  - ① 入浴 50円

#### (2) その他の費用

おむつ代等、その他日常生活において通常必要とされる費用はあなたの負担となります。

- ① 食事 864円（おやつ代含む）
- ② 利用時間の延長による利用料 1時間毎 700円

③オムツ代 実費（リハビリパンツ 168 円～209 円・尿パット 43 円～86 円等

④教養・娯楽費 実費

(3) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、日までにお支払いください。支払方法は、銀行振込、口座自動引落とし、現金集金の中からご契約の際に選んでください。

(4) キャンセル料

あなたのご都合により当日の通所介護をキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

ご利用日の前日午後 5 時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日の午前 8 時までにご連絡いただいた場合	基本料金の 10%
ご利用日の当日の午前 8 時までにご連絡がなかった場合	基本料金の 50%

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、住所地の市町村の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分の 9 割）の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の通所介護の内容等についてご説明します。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の管理者が通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- あなたが介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護予防支援事業者にご相談ください。

(2) サービスの終了

ア あなたのご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 7 日前までに文書で申出てください。

イ 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の 30 日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが介護保険施設に入所した場合。
- ・あなたの要介護度が非該当（自立）と認定された場合

- ・あなたが亡くなったとき

エ その他

- ・ 当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・ あなたがサービスの利用料金を2ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

8 サービス利用に当たっての留意事項

- 体調の確認：
- 利用時間の変更：
- 利用時間の延長：
- 設備、器具の利用：
- その他

9 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用日： \_\_\_\_\_ 日  
内 容：送迎  
機能訓練  
入浴  
食事  
生活相談  
その他

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

10 担当の職員

あなたを担当する通所介護従業者は以下のとおりです。

- 生活相談員、介護職員
- 職員は常に身分証明書を携帯しているので、必要な場合は提示をお求めください。
- あなたはいつでも担当の通所介護従業者の変更を申出することができます。（これを拒む正当な理由がない限り、事業者は変更の申し出に応じます。）
- 当事業者は、あなたの担当の通所介護従業者が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の通所介護従業者を変更することができます。

### 11 緊急時の対応方法

通所介護の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

主治医	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

### 12 非常災害対策

非常時の対応	○防災用具装着後、介護職員の指示により緊急避難路より退出。 ○避難所である丸塚中学に誘導・待機。 ○緊急連絡先への通報。
近隣との協力関係	○自治会長への連絡・指示を仰ぐ。 ○自治会訓練への職員の参加。
平常時の防災訓練等	○半期に一度、全員参加による避難訓練。
防災設備	非常灯 消火器
消防計画	消防署への届出：平成14年11月15日 防火管理者：鈴木重伸 内容：消防署提出済み

### 13 苦情処理

あなたは、当事業者の通所介護の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 芦田露子  
電話番号 053-411-5411

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申立てることができます。

浜松市窓口	担当窓口 浜松市東区役所長寿保険課
	電話番号 053-424-0183
国民健康保険団体連合会	担当窓口 静岡県国民健康保険団体連合会
	電話番号 054-253-5590

この重要事項説明書は平成27年4月1日より適用されます。

平成 年 月 日

(事業者)

通所介護の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

説明者 \_\_\_\_\_ 印

- この説明書により、通所介護に関する重要事項の説明を受けました。
- この重要事項説明書を理解したうえで契約書に署名捺印し、契約を締結します。
- 運営規程第 14 条（個人情報に関する同意）を理解し、同意します。

(利用者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

(代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

## 重要事項説明書（地域密着型介護予防認知症対応型通所介護）

当事業者が提供する予防通所介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 事業者の概要

事業者の名称	株式会社 望実
主たる事務所の所在地	浜松市東区丸塚町522-2
電話番号	053-411-5411
法人の種別及び名称	株式会社 望実
代表者職	代表取締役
代表者氏名	鈴木重伸

事業所の名称	デイサービスのぞみ
事業所の所在地	浜松市東区上西町68-13
介護保険事業所番号	2297100303
指定年月日	平成20年3月17日
交通の便	JR浜松駅より車で約15分、東名浜松ICより車で約15分
通常の事業の実施地域	浜松市中区、東区、西区、南区、浜北区

### 2 事業者の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤 務 の 体 制	
管理者兼生活相談員 又は管理者兼介護者	認知症対応型サ ービス事業管理 者研修修了	1人	常勤・兼務	1人
生活相談員	福祉用具専門 相談員・介護福 祉士	2人	常勤・兼務 常勤・専従	1人 1人
機能訓練指導員	看護師	1人	非常勤・兼務	1人
介護職員		2人	常勤・専従 常勤・兼務 非常勤・専従	1人 1人 1人

### 3 通所介護施設の概要

定員	9人
食堂及び機能訓練室	34.80㎡
浴室	1台

#### 4 サービスの提供時間

平日（月～土曜日）	午前 9時 00分から午後 2時 15分まで
休日	日曜日 年末年始（12月29日～1月3日）、5月3日～5月5日

#### 5 予防通所介護の運営の方針

1. 要支援の状態となった利用客が、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援するとともに、利用客の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることに努める。
2. 市町村、保健・医療機関、他の指定介護サービス事業者との連携を図り、事業の目的が円滑かつ公正に運営されることに努める。

#### 6 利用料金

- (3) 当事業者の通所介護の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として基本料金の1割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

	1回につき
要支援1	749単位
要支援2	836単位

- 基本料金は、所定の単位に10.17円を乗じて得た額です。
- 短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払は受けられません。
- この他、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省告示第128号）に規定される機能訓練指導又は入浴を受けた場合は、一定の料金を負担していただきます。

#### (4) その他の費用

食事代、おむつ代等、その他日常生活において通常必要とされる費用はあなたの負担となります。

①食事 864円（おやつ代含む）

②利用時間の延長による利用料 1時間毎 700円

③オムツ代 実費（リハビリパンツ 168円～209円・尿パット 43円～86円等

④教養・娯楽費 実費

#### (3) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月10日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、同18日までにお支払いください。支払方法は、銀行振込、口座自動引落とし、現金集金の中からご契約の際に選んでください。



#### (4) キャンセル料

あなたのご都合により当日の通所介護をキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

ご利用日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日の午前8時までにご連絡いただいた場合	基本料金の10%
ご利用日の当日の午前8時までにご連絡がなかった場合	基本料金の50%

#### (5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、住所地の市町村の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分の9割）の払い戻しを受けてください。

### 7 サービスの利用方法

#### (3) 利用開始

- 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の通所介護の内容等についてご説明します。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の管理者が通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- あなたが介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護予防支援事業者にご相談ください。

#### (4) サービスの終了

##### ア あなたのご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書で申出てください。

##### イ 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の30日前までに、文書によりあなたに通知します。

##### ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが介護保険施設に入所した場合。
- ・あなたの要介護度が自立もしくは要介護度が付いた場合
- ・あなたが亡くなったとき

##### エ その他

- ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。

- ・ あなたがサービスの利用料金を2ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

## 8 サービス利用に当たっての留意事項

- 体調の確認：
- 利用時間の変更：
- 利用時間の延長：
- 設備、器具の利用：
- その他

## 9 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用日： \_\_\_\_\_ 日  
内 容：送迎  
機能訓練  
入浴  
食事  
生活相談  
その他

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

## 10 担当の職員

あなたを担当する通所介護従業者は以下のとおりです。

- 生活相談員、介護職員
- 職員は常に身分証明書を携行しているので、必要な場合は提示をお求めください。
- あなたはいつでも担当の通所介護従業者の変更を申出ることができます。（これを拒む正当な理由がない限り、事業者は変更の申し出に応じます。）
- 当事業者は、あなたの担当の通所介護従業者が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の通所介護従業者を変更することができます。

## 11 緊急時の対応方法

通所介護の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

主治医	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

### 13 非常災害対策

非常時の対応	○防災用具装着後、介護職員の指示により緊急避難路より退出。 ○避難所である丸塚中学に誘導・待機。 ○緊急連絡先への通報。
近隣との協力関係	○自治会長への連絡・指示を仰ぐ。 ○自治会訓練への職員の参加。
平常時の防災訓練等	○半期に一度、全員参加による避難訓練。
防災設備	非常灯 消火器
消防計画	消防署への届出：平成14年11月15日 防火管理者：鈴木重伸 内 容：消防署提出済み

### 13 苦情処理

あなたは、当事業者の通所介護の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。  
あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 芦田露子  
電話番号 053-411-5411

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申立てることができます。

浜松市窓口	担当窓口 浜松市東区役所区長寿保険課
	電話番号 053-424-0183
国民健康保険団体連合会	担当窓口 静岡県国民健康保険団体連合会
	電話番号 054-253-5590

この重要事項説明書は平成27年4月1日より適用されます。

平成 年 月 日

(事業者)

通所介護の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

説明者 \_\_\_\_\_ 印

- この説明書により、通所介護に関する重要事項の説明を受けました。
- この重要事項説明書を理解したうえで契約書に署名捺印し、契約を締結します。
- 運営規程第 14 条（個人情報に関する同意）を理解し、同意します。

(利用者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

(代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_