「通所サービス」
「日常生活サービス」 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
（指定番号　　第 2373001789 号）

当事業所はご利用者に対して通所サービス及び日常生活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。

*当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です

◆ ◆ 目次 ◆ ◆

1　事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
2　事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
3　職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
4　当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・2
5　苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・5

すまいる駒場
すまいる駒場デイサービスセンター

１事業者

（1）事業者名　　(有)カギヤグループ「すまいる駒場」
（2）事業所所在地　　愛知県豊田市駒場町元城５７番地２
（3）電話番号　　0565-59-1250
（4）FAX 番号　　0565-59-1252
（5）代表者氏名　　代表取締役　　小野　晋平

２事業所の概要

（1）事業所の種類　　通所サービス、日常生活サービス
（2）事業所の目的　　介護保険法令に従い、要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て自立した日常生活を営むことが出来るように、適正なサービスを提供します。
（3）事業所の名称　　すまいる駒場デイサービスセンター
　　平成 17 年４月１日指定　愛知県第 2373001789 号
（4）事業所の所在地　　愛知県豊田市駒場町元城５７番地２
（5）電話番号　　TEL　0565-59-1250
（6）FAX 番号　　FAX　0565-59-1252
（7）責任者氏名　　久野　真弓
（8）当事業所の運営方針

1.事業所の従事者は、要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て、自立した日常生活を営むことができるように配慮して行う。
2.事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・　医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

（9）開設（サービス開始）年月　　平成１７年４月１日
（10）事業者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。
・介護付有料老人ホーム
・短期入所生活介護

（11）営業日及び営業時間

営 業 日	日曜日、１２月３０日～１月３日以外
受 付 時 間	午前９時００分～午後５時００分
サービス提供時間帯	午前９時３０分～午後４時００分

（12）利用定員　　２０人

3、職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して通所サービス及び日常生活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>

職員の配置については、指定基準を尊守しています。

職　　種	常 勤	非常勤
管理者（兼務）	1名	—
介護職員	—	4名
生活相談員	1名	1名
看護職員は機能訓練指導員と兼務	—	3名

<主な職種の勤務体制>

職　種	勤 務 体 制
介護職員	勤務時間　8：15～17：15
機能訓練指導員	

4、当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

○通所サービス・日常生活サービス

また、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、利用料金の大部分（通常９割または８割・７割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食事　<但し、食費は別途いただきます。>

・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、施設内の厨房で調理した栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご利用者の自立支援の為、離床して食堂にて食事をとっていただく事を原則とします。（食事時間）　１２：００～１３：００

② 入浴

・ご利用者の身体状況に合わせた入浴を行います。

③ 排泄

・ご利用者の排泄の介助を行います。

④ その他

・ご利用者に対して、集団レクレーションや、創作活動等の機能訓練を行います。

(2)サービス利用料金（1回あたり）(契約書第6条参照)

下記の料金表によって、ご利用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）をお支払い下さい。

（上記サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります）

① 介護保険利用料金

＊要支援（1 割負担の場合）

要支援 1 (週 1 回ご利用) ￥1,798 / 月

要支援 2 (週 2 回ご利用) ￥3,621 / 月

＊要介護（1 割負担の場合）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	584 円	689 円	796 円	901 円	1,008 円
入　浴	40 円	40 円	40 円	40 円	40 円
個別機能訓練加算 II	56 円	56 円	56 円	56 円	56 円
小　計	680 円	785 円	892 円	997 円	1,104 円

＊「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。

＊ご利用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金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が介護保険から払い戻されます（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。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

＊ご利用者に提供する食事の材料に係わる費用は別途いただきます。
＊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、ご利用者の負担額を変更します。

② 食事の提供（食材費）ご利用者に提供する食事の材料にかかる費用です。
料金：一日あたり 840 円（昼食、おやつ代、飲み物代）

③ 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利用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。
おむつ代・リハパン代・パット代・マスク代などが実費となります。

④ 送迎
送迎において、通常の事業の実施地域を越えて行なう指定通所介護に要した送迎の費用は、通常の事業の実施地域を越えた時点から次の額を徴収いたします。
通常の事業の実施地域を越えた地点からおおむね５ｋｍ未満まで・・500 円加算
通常の事業の実施地域を越えた地点からおおむね５ｋｍ以上１ｋｍ毎に 100 円加算

【通常の事業実施地域】 豊田市（広美町・和会町・竹元町・中町・広田町・堤町・堤本町・吉原町・若林東町・若林西町・大島町・前林町・中根町・花園町・生駒町・中田町・駒場町・駒新町・高美町・高岡町・高岡本町・高丘新町・本田町・西岡町）
知立市

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第６条参照）

前記①、②、③、④ の料金・費用は、次の通りお支払いください。

○ １カ月ごとに計算し、翌月２７日に指定された口座より引き落としさせて頂きます。（１ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

（４）利用の中止・変更・追加（契約書第７条参照）

○ 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、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に申し出てください。

○ 利用予定日の前日までに申し出がなく、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頂く場合があります。
但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無　料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	食事材料費 840 円

5.苦情の受付について（契約書第２１条参照）

苦情の受付窓口　　当事業所に対する苦情やご相談は、以下の窓口で受け付けます。

○ すまいる駒場　　デイサービスセンター

電話番号　　０５６５－５９－１２５０

FAX 番号　　０５６５－５９－１２５２

受付時間　　月曜日～金曜日（年末年始を除く）苦情受付担当　神谷　茂

午前９時００分～午後５時００分

○行政機関その他苦情受付機関

豊田市役所 介護保険担当課	所在地　豊田市西町 3-60 電話番号　0565-34-6634 受付時間　8：30～17：15（土・日・祝日を除く）
知立市役所 介護保険担当課	所在地　知立市広見３丁目１ 電話番号　0566-83-1111 受付時間　8：30～17：15（土・日・祝日を除く）
国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地　名古屋市東区泉１丁目６－５ 電話番号　052-971-4165 受付時間　9：00～17：00（土・日・祝日を除く）
愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会 （愛知県社会福祉協議会内）	所在地　名古屋市中区丸の内２丁目４番地７号 電話番号　052-202-0167 受付時間　9：00～17：00（土・日・祝日を除く）

○利用者等の意見等を把握する体制

アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取り組み　あり

第三者評価の実施　なし

< 重要事項説明書付属文書 >

1.事業所の概要

（1）建物の構造　　木造　２階建て

（2）建物の延べ床面積　127.03㎡

2.契約締結からサービス提供までの流れ

（1）ご利用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、契約終結後に作成するそれぞれのサービスに係る介護計画（以下、「個別サービス計画」と言う。）に定めます。

契約終結からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第３条参照）

① 当事業所のサービス従事者に個別サービス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 その担当者は、個別サービス計画の原案について、ご利用者及びその家族等に対して説明し同意を得たうえで決定します。

↓

③ 個別サービス計画は居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、もしくはご利用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、ご利用者及びその家族と協議して、個別サービス計画を変更します。

↓

④ 個別サービス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）ご利用者に係る「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

○居宅介護支援事業所の紹介等必要な支援を行います
○個別サービス計画を作成し、それに基づきご利用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頂きます

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添って、個別サービス計画を変更し、それに基づきご利用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）をお支払い頂きます

⑤ 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
○個別サービス計画を作成し、それに基づきご利用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

要支援、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事業者の紹介等必要な支援を行います。

自立と認定された場合

○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

居宅サービス計画（ケアプラン）作成

○作成された居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご利用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

3、サービス提供における事業者の義務（契約書第９条、第１０条参照）

当事業所は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、ご利用者の生命、身体、生活環境等の安全確保やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第９条、第１０条に規定される義務を負います。

当事業所では、ご利用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 ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します
② ご利用者の体調、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、ご利用者から聴取、確認します
③ ご利用者に提供したサービスについては記録を作成し、５年間保管するとともに、ご利用者又は、ご家族等の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します
④ ご利用者へのサービス提供時において、ご利用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
⑤ 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用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、ご利用者の緊急な医療上の必要性がある場合には、医療関係等にご利用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、あらかじめ文章にて、ご利用者の同意を得ます

4.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、原則として多額の現金、高価の物品、危険物等、サービス利用に必要の無い物を持ち込む事は出来ません。

（2）施設・設備の使用上の注意（契約書第１１条）

○ 居室及び共同施設、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頂くか、又は相当の代価をお支払い頂く場合があります。

○ 当事業所の職員や他の利用者に対して、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動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出来ません。

5.損害賠償について（契約書第１２条、１３条参照）

当事業所において、事業者の責任により契約者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償します。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、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況を勘酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6.サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約終結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の２日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に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事ができますが、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１６条参照）

① ご利用者が死亡した場合
② 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判断された場合
③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむ得ない事由により事業所を閉鎖した場合
④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用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 事業所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１６条、第１７条）

契約の有効期間であっても、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日前までに解約届出書をご提示下さい。ただし、以下の場合には、即時の契約の全部又は一部の解約・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 ご利用者が入院された場合（一部解約は出来ません）
③ ご利用者の「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利用者の身体・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た場合
⑦ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける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）事業所からの契約解除の申し出（契約書第１８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　ただく事があります。

① ご契約者が、契約締結時にご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、また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ヶ月以上遅延し、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 ご利用者が、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生命・身体・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、本契約を継続し難い重大な事情を生じた場合

（3）契約の一部が解約又は解除された場合（契約書第１９条参照）

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関す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１５条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、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。

令和　　年　月　　日

通所サービス及び日常生活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。

説明者職名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重量事項の説明を受け、通所サービス及び日常生活サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

契約者
私は、利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住　　所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊この重要事項説明書は、厚生省令第　３７号（平成１１年３月３１日）第８条の規定に基づき、利用者申込者又はその家族への重要事項説明の為に作成したものです。