三田市社会福祉協議会中央デイサービスセンター　重要事項説明書

令和８年６月１日現在

当事業所は介護保険の指定を受けています。（兵庫県指定２８７１２００１１５号）

当事業所はご契約に対して、指定通所介護サービス（介護予防にあっては指定予防通所介護サービス）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

法人名	社会福祉法人　三田市社会福祉協議会
法人所在地	兵庫県三田市川除６７５番地 三田市総合福祉保健センター内
電話番号	０７９－５５９－５９４０
代表者氏名	会長　大澤　洋一
設立年月日	昭和４９年４月１７日

２．事業所の概要

（１）

事業所の種類	指定通所介護事業所 平成１２年４月１日指定 兵庫県第２８７１２００１１５号
事業の目的	指定通所介護は介護保険法に従い、お客様がその有する能力に応じ可能な限り自立した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、お客様に通所介護サービス及び指定予防介護サービスを提供します
事業の名称	三田市社会福祉協議会　中央デイサービスセンター
事業所の所在地	兵庫県三田市川除６７５番地
電話番号 FAX 番号	０７９－５５９－５９４３ ０７９－５５９－５７０６
事業所の管理者	田中　健嗣

（２）

事業の運営方針	当事業所の通所介護従事職員は、要介護者等（介護予防にあっては

	要支援者）の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護等日常生活上必要な援助及び機能訓練を行います。 事業の実施にあたっては、三田市、地域の保健・医療・福祉サービスと密接な連携を図り、総合的なサービスの提供につとめます。
開設年月日	平成８年７月１日
通常の事業実施地域	三田市全域・神戸市北区の一部（長尾町・道場町・赤松台・上津台・鹿の子台北町・鹿の子台南町）
営業日	月曜日から金曜日 ただし、１２月２９日から１月３日を除く
受付時間	月～金曜日（祝日含）９：００～１７：３０
サービス提供時間	月～金曜日（祝日含）９：４０～１５：４５
利用定員	１日２５人

（３）その他の関連事業

三田市社会福祉協議会が行っている他の介護保険事業は以下の通りです。

訪問介護　　平成１２年４月１日指定
　　兵庫県　２８７１２００７３

訪問看護　　平成１２年４月１日指定
　　兵庫県　２８７１２９００２７

居宅介護支援事業所　　平成１２年４月１日指定
　　兵庫県　２８７１２００１６

３．職員の配置状況

当事業所では、お客様に対して、指定通所介護サービス及び指定予防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。

（１）主な職員の配置状況（指定基準を遵守）

管理者	１名（常勤兼務）
生活相談員	１名以上（常勤兼務）
看護職員	１名以上（常勤専任・非常勤兼務）
介護職員	２名以上（常勤専任・非常勤専任）

（２）主な職員の勤務体制

職種	勤務体制
介護職員	８：３０～１７：１５

看護職員	９：００～１６：４５

４．当事業所が提供するサービスと料金

当事業所では、お客様に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

（１）利用料金が介護保険から給付される場合
（２）利用料金の金額をお客様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。

＜サービス概要＞

① 食事

当事業所の給食は、社会福祉協議会運営喫茶ポポロに委託し提供します。

そこでは、献立表により、栄養並びにお客様の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を調理していきます。

食事時間　　１１：３０～１２：３０

② 入浴サービス

入浴または清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴できます。ただし、体調不良や発熱がある場合は入浴できないことがあります。

③ 排泄

お客様の排泄の介助を行います。他、下着の交換及び排泄の個別処置にも対応します。

④ 機能訓練

看護職員並びに介護職員により、お客様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 生活指導

介護職員並びに看護職員により、お客様の生活上介助を要する場合には移動・衣服着脱・摂食・衛生管理・整容について援助をし、相談に応じます。

⑥ 送迎サービス

お客様の心身の状況並びに家庭の事情をふまえながら時刻及び方法を計画し事前に確認を得て、実施します。

＜サービス利用料金＞

下記の料金表によって、お客様の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（上記サービスの利用料金は、お客様の要介護度に応じて異なります。）

（予防給付：月）

	サービス利用料金（１）	介護保険給付割合	介護保険からの給付額(２)	自己負担割合	自己負担額(１)-(２)
要支援１	18,789 円 1,798 単位	9 割	16,910 円	1 割	1,879 円
		8 割	15,031 円	2 割	3,758 円
		7 割	13,152 円	3 割	5,637 円
要支援２	37,839 円 3,621 単位	9 割	34,055 円	1 割	3,784 円
		8 割	30,271 円	2 割	7,568 円
		7 割	26,487 円	3 割	11,352 円

	サービス提供体制強化加算Ⅰイ
要支援１	919 円 88 単位
要支援２	1,839 円 176 単位

＊上記金額に加え、福祉・介護職員等処遇改善加算 11.1％が利用料金に加算されます。

＊介護予防通所介護の利用料金は１ヵ月ごとの定額制です。

＊利用者の体調不良や心身の状態の改善などにより介護予防通所介護サービス提供計画に定め

た期日よりも利用が少なかった場合、または、介護予防通所介護サービス提供計画に定めた期日よりも多かった場合であっても以下に該当する場合を除いては、原則として日割りでの割引あるいは増額はしません。

①月途中に要介護から要支援に変更となった場合

②月途中に要支援から要介護に変更となった場合

③介護予防短期入所生活介護・介護予防短期入所療養介護を利用された場合

（介護給付：回）【6 時間以上 7 時間未満】

	サービス料金（1）	介護保険給付割合	介護保険からの給付額（2）	自己負担割合	自己負担額（1）-（2）
要介護 1	6,102 円 584 単位	9 割	5,491 円	1 割	611 円
		8 割	4,881 円	2 割	1,221 円
		7 割	4,271 円	3 割	1,831 円
要介護 2	7,200 円 689 単位	9 割	6,480 円	1 割	720 円
		8 割	5,760 円	2 割	1,440 円
		7 割	5,040 円	3 割	2,160 円
要介護 3	8,318 円 796 単位	9 割	7,486 円	1 割	832 円
		8 割	6,654 円	2 割	1,664 円
		7 割	5,822 円	3 割	2,496 円
要介護 4	9,415 円 901 単位	9 割	8,473 円	1 割	942 円
		8 割	7,532 円	2 割	1,883 円
		7 割	6,590 円	3 割	2,825 円
要介護 5	10,533 円 1,008 単位	9 割	9,479 円	1 割	1,054 円
		8 割	8,426 円	2 割	2,107 円
		7 割	7,373 円	3 割	3,160 円

	サービス提供体制強化加算
要介護 1	188 円 18 単位
要介護 2	
要介護 3	
要介護 4	
要介護 5	

＊ご入浴をされる方は、入浴１回毎に、別途下記の料金が加わります。
（要介護の方のみ）

	入浴介助加算
サービス料金	418 円
介護保険からの給付額	376 円
自己負担額	42 円

＊上記金額に加え、福祉・介護職員等処遇改善加算 11.1％が利用料金に加算されます。
＊お客様が要介護認定を受けておられない場合には、サービス利用金額の全額をいったんお支払いいただきます。要支援・要介護の認定を受けられた後、自己負担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、居宅サービス計画の作成が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、お客様が保険給付の申請を行うため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。
※　お客様に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（下記（２）の①参照）
※　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お客様の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付とならないサービス
以下のサービスは利用料金の全額がお客様の負担となります。
①　食事
料金：１食あたり８００円

②　通常の事業実施区域外からの送迎
　通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいから当事業所までの走行距離（片道）に応じて送迎費用を自己負担していただきます。
５ｋｍ毎に２００円の送迎費用
指定地域外からの通所についてはご家族による送迎を依頼する場合があります。

③　レクリエーション・創作活動
　お客様の希望により、レクリエーションや創作活動に参加していただくことができます。材料の費用が要る場合は実費を分担していただきます。（事前に連絡いたします）

④　日常生活上必要となる諸費用の実費

日常生活品は原則として各自で購入された上ご持参ください。臨時的に日常生活品を必要とした場合は係る実費をお客様に負担していただきます。

（例）紙おむつ・パット・吸引カテーテル・ガーゼ・メディカルシートなど

⑤　行事での活動、外出の取り組み実費

お客様が計画している行事への参加を希望される場合は、係る費用を負担していただきます。事前に連絡してお預かりします。

※　経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う２か月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法

お客様の利用料金は １ か月単位で精算されます。前月の利用料金を翌月２７日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア.　金融機関からの自動引き落とし りそな銀行　三井住友銀行　三菱東京 UFJ 銀行　池田銀行　みなと銀行 但馬銀行　中兵庫信用金庫　日新信用金庫　尼崎信用金庫 兵庫六甲農業協同組合　ゆうちょ銀行

（４）通所介護計画（介護予防通所介護計画）の作成

利用者ご本人の心身の有する能力の活用と共に、低下の防止を考慮しながら個別介護計画を作成します。この介護計画内容はご本人に確認をいただくのを原則とします。

（５）利用の中止・変更・追加

＊　利用予定日の前にお客様の都合により通所介護サービスの利用を中止、または変更もしくは新たなサービス利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施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いただく場合があります。ただし、お客様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
利用予定日の当日一定時刻までに申し出がなかった場合	昼食代相当額 ８００円

＊　月末の清算日には（１）の項目に関する自己負担額の利用日数を乗じた額、及び利用予定日の不申告に伴う自己負担額について、お客様に徴収させていただきます。請求金額を翌月中にお支払いください。

＊　サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の利用状況により、お客様の希望する期間にサービス提供できない場合、他の利用可能日時をお客様に提示して協議します。

（６）身体状況の変化と連絡

＊　本サービス利用開始に際し、事前にお客様の診断書を提出していただきます。

＊　伝染性疾患、慢性的体調の変化、投薬内容の変更は、お客様またはご家族より連絡いただくこととします。

（７）衛生管理等

①　事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講ずるものとします。

②　事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように下記の措置を講じるものとします。

③　事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

④　事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

⑤　事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

（８）緊急時の対応

お客様に対し、医療行為は行いません。しかし、お客様が体調急変の場合、主治医と連携する、もしくは家族と連絡をとり、必要な措置を講じます。その他については通常の救急医療対応につないでいきます。

（９）事故発生時の対応

①　事業所は、サービスの提供により利用者に事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

② 事業所は前項の事故及び事故に際して採った処置について記録します。

③ 事業所は、利用者に対する通所介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

（１０）非常災害対策

非常災害対策については、三田市総合福祉保健センターが策定した消防計画を準用し、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

（１１）禁止される行為

当事業所において次に該当する行為は禁止します。

- 他の利用者との間で不必要な金品の授受
- 従事職員又は他の利用者に対し迷惑を及ぼす宗教活動、政治活動、営利活動を行うこと。
- 職員に対して行う暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷などの迷惑行為、パワーハラスメントなどのハラスメント行為
- 身体及び財物の損傷、または損壊すること。

（１２）虐待の防止に関する事項

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を管理者として配置します。

② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

③ 成年後見制度の利用を支援します。

④ 苦情解決体制を整備します。

⑤ 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を行い、研修を通じて従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

⑥ サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに関係機関に通報します。

（１３）業務継続計画の策定等

① 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるもの

とします。

② 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとします。

③ 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

（１４）地域との連携等

事業所は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めるものとします。

（１５）身体拘束

① 事業所は、当該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を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行わないものとします。

② やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

（１６）損害賠償責任

＊ 事業者は本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由によりお客様に生じた損害には賠償責任を負います。しかし、自己の責に帰すべき事由がない場合は損害賠償責任を負いません。

＊ お客様が事業所の施設、設備について、故意又は重大な過失により、滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状に復するか、又は相当の代価を支払うものとします。

加入保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

（１７）秘密の保持

介護保険法等の規定に基づき、正当な理由なく、知りえた秘密は絶対に他には漏らしません。但し、サービスが円滑に提供されるためにサービス担当者会議等において個人情報が必要な時は、利用者もしくは家族の同意を得てから用います。その場合、個人情報の範囲は最小限とし、同意書の提出を求めます。

サービス提供にあたって使用した個人情報、サービス毎に作成するサービス提供記録等については当法人規程に従い、その完結の日から５年間保存します。

また、利用者及びその家族から申し出があったときは、利用者または第三者の不利益になる

場合を除き、当該利用者に関する書類等を無料で開示します。

（１８）重要事項説明書に定めのない事項

この重要事項説明書に定められていない事項は、介護保険法その他諸法令に定めるところにより、ご利用者様又は代理人と当事業所が誠意をもって協議して定めることとします。

５．相談窓口の受付について

（１）相談の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受付けます。

＜相談受付窓口＞

担当者	田中　健嗣　（中央デイサービスセンター管理者）
住所	兵庫県三田市川除 675 番地
電話番号	電話０７９－５５９－５９４３ FAX ０７９－５５９－５７０６
受付時間	毎週月曜日～金曜日　　９：００～１７：３０ （祝祭日、12 月 29 日～1 月 3 日を除く）

（２）その他苦情受付機関

三田市社会福祉協議会 苦情解決責任者　井上　尚博 第三者委員 梅迫　陽子・森村　恭子 向井　洋江	所在地：兵庫県三田市川除 675 電話番号：079-559-5940 受付時間： 月曜日～金曜日　9 時00 分～17 時30 分 （土日祝祭日、12 月 29 日～1 月 3 日を除く）
三田市健康福祉部介護保険課	所在地：兵庫県三田市三輪 2 丁目１－１ 電話番号：079-559-5077 受付時間： 月曜日～金曜日　9 時00 分～16 時30 分 （土日祝祭日、12 月 29 日～1 月 3 日を除く）
兵庫県国民健康保険団体連合会	所在地：兵庫県神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番１－1801 号 電話番号：078-332-5617 受付時間： 月曜日～金曜日 8 時 45 分～17 時 15 分 （土日祝祭日、12 月 29 日～1 月 3 日を除く）

令和　　年　　月　　日

指定通所介護サービス（介護予防にあっては指定予防通所介護サービス）の提供を開始するに際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所　所在地　三田市川除６７５番地
名称　　社会福祉法人　三田市社会福祉協議会
　　中央デイサービスセンター

説明者　職名

　　氏名

私は本書面に基づいて事業者から重要事項説明を受け、指定通所介護サービス（介護予防にあっては指定予防通所介護サービス）の提供開始に同意しました。

お客様　住所
　　氏名

代理人　住所
　　氏名

署名代行人　住所
　　氏名

（利用者との続柄：　　）

立会人　住所

氏名

（利用者との続柄：　　）