

オービーホーム平磯 デイサービスセンター

□通所介護 □介護予防通所サービス 重要事項説明書

令和8年4月1日現在

当事業所はご契約者に対して通所介護サービス及び介護予防通所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について次の通り説明します。

■当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話： 078-751-1294

FAX： 078-752-2294

月曜日～土曜日 8:30～17:30

担当： 管理者 池田 晴美

*ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

目 次

1. サービスを提供する事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 業務の概要	2
4. 運営方針	2
5. 職員体制	3
6. 設備の概要	3
7. サービスの内容	4
8. 利用料金	4
9. サービスの利用方法	5
10. サービス利用にあたっての留意事項	6
11. 虐待の防止について	6
12. 非常災害対策	6
13. プライバシー・個人情報の保護	6
14. 損害賠償について	7
15. サービス内容に関する苦情・相談	7
16. 重要事項説明書の変更等	8

(別紙1) 通所介護サービス内容及び利用料金表

(別紙2) 介護予防通所サービス内容及び利用料金表

法人理念

人生の偉大な先輩である皆さん
私たちは、尊敬を込めて オービーさん と呼びます
ただただ愛し、しっかり抱きしめます

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 丸
所 在 地	神戸市垂水区名谷町字猿倉 273番7
電 話 番 号	078-706-9488
代 表 者 氏 名	理事長 田 中 華 代
設 立 年 月	平成4年4月16日
法 人 の 行 う 事 業 一 覧	地域包括支援センター(神戸市委託)2カ所、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント各2カ所、居宅介護支援2カ所、通所介護・介護予防通所サービス各2カ所、小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護各2カ所、定期巡回随時対応型訪問介護看護3カ所、訪問介護・介護予防訪問サービス、生活支援訪問サービス各3カ所、訪問看護ステーション・介護予防訪問看護ステーション各1カ所、介護老人福祉施設2カ所、地域密着型介護老人福祉施設1カ所、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護各2カ所、特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護各1カ所、認可事業所内保育事業1カ所

2. 事業所の概要

事業所の名称	オービーホーム平磯 デイサービスセンター
事業所番号	2870801913 (神戸市指定)
事業所の所在地	神戸市垂水区平磯1丁目2番5号 神戸市立垂水年金会館2階
連 絡 先	電 話：078-751-1294 F A X：078-752-2294
管 理 者	池 田 晴 美
開 設 年 月 日	平成5年3月6日

3. 業務の概要

提供するサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所サービス
定 員	40名
営 業 日	月曜日～土曜日
営 業 時 間	8：30～17：30
サービス提供時間	<input type="checkbox"/> 通所介護 9：30～16：50 <input type="checkbox"/> 介護予防通所サービス 9：30～15：30
サービスを提供する地域	神戸市垂水区
休 業 日	日曜日、年末年始(12月30日～1月3日)

4. 運営方針

(1) サービスの提供にあたっては、利用者の心身の状況をふまえ、

- 要介護状態及び認知症の軽減もしくは悪化の防止のため、通所介護計画
- 要支援状態及び認知症の軽減もしくは悪化の防止のため、介護予防通所サービス介護計画を作成し、適切な日常生活上必要な援助及び機能訓練を行います。

- (2) 通所介護計画 介護予防通所サービス計画
 の作成にあたっては、利用者の心身の状況を把握し利用者の希望や置かれている環境をふまえ、必要なサービスの設定をします。
- (3) 適切な介護技術でサービス提供を行い、常に提供するサービスの質の評価を行い改善に努めます。
- (4) サービスの実施にあたっては、神戸市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、地域包括支援センターなどと連携を図ります。
- (5) 要支援者及び事業対象者に対して評価用チェックリストを実施します。
 前年度と比較し、改善、維持、悪化の判定を行い目標の達成状況について要因分析を行い事業所全体での利用者の状態の維持改善に関する目標を設定し、目標達成に向けた取り組みを計画書に記載します。
 計画書、チェックリスト結果一覧表を市に提出します。

5. 職員体制

〈主な職員の配置状況〉

令和7年4月1日現在

職 種	人 数	業 務 内 容
	(常勤換算後)	
管理者	1	事業所の統括、生活相談員兼務
生活相談員	1 以上 (兼務)	相談業務、通所介護計画の作成 介護職員兼務
看護職員	1 以上 (兼務)	看護業務、機能訓練指導員兼務 併設事業兼務
介護職員	13 以上 (兼務)	介護・看護業務 相談員との兼務あり
機能訓練指導員	1 以上 (兼務)	機能訓練指導員業務、 看護業務兼務、併設事業兼務
事務員	1 以上 (兼務)	事業の補足業務、併設事業兼務
調理員	2 以上 (兼務)	栄養管理、調理業務 併設事業兼務
運転手	他職種との兼務	送迎業務

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。配置状況は変動することがあります。

6. 設備の概要

養護室 兼 食堂	1 2 8 m ²
機 能 訓 練 室	5 9 . 8 6 m ²
浴 室	一般浴室・特別浴室 (計 1 5 1 . 2 6 m ²)
そ の 他	静養室、相談室、研修室
送 迎 車 両	9 台 (うち車椅子対応車両 8 台)

7. サービスの内容 ※内容の詳細については別紙をご覧ください。

- (1) 送 迎
ご希望の方を送迎車で送迎します（車椅子可）。曜日により送迎コースが異なりますので、ご希望の曜日に添えない場合があります。
- (2) 健康チェック
利用日に体温、血圧、脈拍の測定などをします。
- (3) 食 事
管理栄養士の立てる献立を当センター内厨房で調理し提供しています。
主食(ごはん)・副食(おかず)は下記よりお選びいただけます。
 - ・主食(ごはん)／通常・粥・ペースト
 - ・副食(おかず)／通常・きざみ（一口大）・ペースト
- (4) 入 浴
ご希望の方は入浴できます。入浴方法には、一般浴（介助浴）と特別入浴（機械浴）があり、利用者の身体状況により提供します。
当日の健康状態によっては、事業所の判断により入浴をお控えいただくことがあります。
- (5) 養護・レクリエーション ゆったりとお過ごしください。
- (6) 運動機能・口腔機能の向上、栄養状態の改善など
各々の利用者の状態に沿ったサービスがあります。
- (7) 生活相談
サービス利用にあたっての相談や、介護相談に いつでも応じます。

8. 利用料金 ※料金詳細については別紙をご覧ください。

- (1) 介護保険給付対象サービス
 - ①共通サービス（基本単価）
 - ②選択的サービス（加算対象サービス）

サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）のうち、法定で定められた利用者負担分を事業者にお支払いいただきます。利用者負担分を除いた額は事業者が市町村から直接受け取ります。（代理受領）
尚、利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。

- (2) その他の料金
利用料金の全額がご契約者の負担となります。
 - ・ 食費
 - ・ タオル代（入浴時）等
 - ・ 外出に要する費用やおむつ代 等
- (3) 昼食代キャンセル料
利用者のご都合等でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。
 - ① 利用の当日午前9時までにご連絡いただいた場合 無料
 - ② 利用の当日午前9時までにご連絡がなかった場合 昼食代830円

(4) 支払方法

毎月10日以降に前月分の請求書をお出しします。

支払い用紙により当月20日までに郵便局にてお振り込みください。

また、郵便貯金口座からの口座振替（毎月20日）、現金徴収もご利用いただけます。

9. サービスの利用方法

(1) サービスの開始

契約後居宅サービス計画に基づき、通所介護計画書を作成し、サービス提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合で終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。

② 当所の都合で終了する場合

当所の都合でやむを得ず終了する場合は、終了の1ヶ月前までに文書で通知します。

③ 自動終了

以下の場合、自動的にサービスの終了となります。

ア. 利用者が介護保険施設に入院、入所した場合

イ. 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

ウ. 利用者が死亡された場合

エ. 要介護度の変更によっては、

要支援1又は2と認定された場合は、介護予防の観点から

要介護1～5と認定された場合は、介護給付の観点から

再度調整させていただきます。

④ その他のサービス終了の場合

ア. 当所が守秘義務に反したり、社会通念を逸脱したりするような行為をしたような場合

イ. 利用者が利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、当所の料金支払いの催告後1ヶ月以内に支払いがない場合

ウ. 利用者が正当な理由なく、サービスの利用の中止をしばしば繰り返す場合

エ. 利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上サービスを利用しない場合

オ. 利用者やご家族が、当所または当所の従業者に対してサービス提供を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

これらの場合には、利用者への文書の通知により催告なくサービスの終了とさせていただきます。

10. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 臨時休業
台風、積雪その他の異常気象時や施設の保守管理のため、臨時に休業することがあります。
- (2) 緊急連絡票の提出
緊急時の対応のため、緊急連絡票を提出してください。
サービスの実施中に利用者の状態に急変その他、緊急事態が発生したときは、当センターへ処置を一任いただきます。当センターでは、状態に応じて救急への通報をはじめ、提出の緊急連絡票等から、迅速かつ適切な対応を行います。
- (3) ご利用者、ご家族よりのハラスメント行為等（職員への性的不快・暴言・暴力・危険行為・ストーカー行為など）が判明した場合には、利用を中止していただく場合があります。
- (4) 感染症について
センター内での感染防止のため、法定伝染病をはじめ、感染により他の利用者の健康に大きな問題が発生すると予想される時は、利用を中止していただくことがあります。

サービス利用にあたって、利用者やご家族の方にお問い合わせのお願いしたいことを別紙にまとめていますので、ご覧ください。

11. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 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、これを市町村に通報します。

12. 非常災害対策

非常災害の場合には、防災計画により迅速に対応します。
年2回定期的に避難訓練その他必要な訓練を実施します。

13. プライバシー・個人情報の保護

当所は、利用者にサービスを提供するうえで知り得た情報は、契約期間中はもとより、契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。また、利用者やその家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、善良な管理者の注意をもって管理を行い、処分の際にも漏洩の防止に努めます。

ただし、当所がサービスを提供する際に利用者や家族に関して、知り得た情報については、サービス担当者会議などでサービスの利用調整を行う際に必要となります。

このため、その利用には利用者の同意が必要となりますので、別紙の同意書に記名押印下さい。

14. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、本契約第13条の通りとします。

加入保険 介護保険・社会福祉事業者 総合保険
保険会社 あいおいニッセイ同和損保

15. サービス内容に関する苦情・相談

苦情や相談は、下記までご連絡ください。

(1) 当事業所の苦情相談窓口

▽苦情相談窓口

窓口名	オービーホーム平磯 デイサービスセンター
担当者	池田 晴美
連絡先	TEL：078-751-1294 FAX：078-752-2294
受付時間	8：30～17：30（月曜日～土曜日）

(2) その他の苦情相談受付機関

▽介護保険サービス苦情相談窓口について

窓 口 名 兵庫県国民健康保険団体連合会
介護サービスの苦情相談窓口

連 絡 先 TEL:078-332-5617

受付時間 平日 8:45~17:15

▽契約についてのご相談について

窓 口 名 神戸市消費生活センター

連 絡 先 TEL:078-371-1221

受付時間 平日 9:00~17:30

▽介護保険サービスに関すること

神戸市福祉局監査指導部

連 絡 先 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用電話（監査指導部内）

連絡先 TEL:078-322-6771

受付時間 平日 8:45~12:00 13:00~17:30

16. 重要事項説明書の変更等

介護保険に関する法令等の改正等に伴い、本説明書の内容に変更が生じることが予想される場合や、変更された場合には、事業者は利用者に対して、その変更部分等について書面を交付して説明し、変更後の重要事項説明書について、同意の確認を行います。あらかじめ了承下さい。

(別紙1)

通所介護サービスの内容及び利用料金表

令和6年6月1日現在

(1) 基本単価と料金(1日あたり) サービス提供の所要時間が7時間以上8時間未満の場合
なお、当事業所の事業所規模区分は、通常規模型通所介護事業所となっております。

(注1)

介護度		単位数(1日あたり)	自己負担(1日あたり) (1割負担の場合)
要介護区分	要介護1	658単位/日	694円
	要介護2	777単位/日	819円
	要介護3	900単位/日	949円
	要介護4	1,023単位/日	1,079円
	要介護5	1,148単位/日	1,210円

(2) 各種加算料金

※個別加算

加算の名称		単位数	自己負担 (1割の場合)	備考
□ 入浴介助加算	(I)	40単位/日	43円/日	利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、声かけ、気分の確認などを行う
	(II)	55単位/日	58円/日	居宅にて自身でまたは多種の介助によって入浴が出来るようになることを目的とした加算
□ 個別機能訓練加算	(I)イ	56単位/日	59円/日	自立支援等に資する個別機能訓練実施による加算
	(I)ロ	76単位/日	81円/日	
	(II)	20単位/日	21円/月	
□ 口腔機能向上加算	(I)	150単位/回	159円/回	口腔機能低下予防を個別に行った場合の加算
	(II)	160単位/回	169円/回	

<input type="checkbox"/> 栄養改善加算	200単位/回	211円/回	低栄養状態の方等への個別の栄養指導や管理
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算	50単位/月	53円/月	管理栄養士との連携による栄養状態の管理
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算	20単位/回 (6月ごと)	21円/回	口腔の健康状態及び栄養状態のスクリーニングを行う
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	60単位/日	64円/日	認知症の方で65歳の誕生日の前々日までにご利用された時

※体制加算

加算の名称		単位数	自己負担 (1割の場合)	備考
<input type="checkbox"/> ADL維持等加算	(Ⅰ)	30単位/月	32円/月	利用者のADL値を測定し、PDCAサイクルに基づいたサービスの質の向上を図る
	(Ⅱ)	60単位/月	64円/月	
	(Ⅲ)	3単位/月	3円/月	
<input type="checkbox"/> 認知症加算		60単位/日	64円/日	認知症利用者に事業所全体で対応する体制に対する加算
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(LIFE)		40単位/月	43円/月	LIFE(科学的介護情報システム)を用いての介護サービスの質の向上
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	22単位/日	24円/日	介護職員の割合など手厚い職員体制に対する加算
	(Ⅱ)	18単位/日	19円/日	
	(Ⅲ)	6単位/日	7円/日	
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算		1カ月の総単位数 ×9.2%		介護職員の処遇改善に用いられる加算

□送迎を行わない場合	片道47単位減算 往復94単位減算	▼50円/片道	
------------	----------------------	---------	--

- ※ 上記の料金は、介護保険関連の法令に基づき定められた料金です。法令が改正になった場合には、法令に従い変更させていただきます。
- ※ 上記の料金は、単位数に神戸市の地域単価10.54円を乗じて算出しています。自己負担額は、介護保険負担割合証の利用者負担の割合に則り決定します。(介護保険2割、3割負担の方は1割負担の料金を2倍、3倍した金額となります。)
- ※ 料金の計算過程における端数処理により、実際の請求額が上記金額と若干異なる場合があります。
- ※ 利用時間が7時間よりも短い場合は、基本単価が減額となります。
- ※ 口腔機能向上加算、ADL維持等加算、サービス提供体制強化加算については、(Ⅰ)および(Ⅱ)および(Ⅲ)のうちいずれか一つの算定となります。個別機能向上加算(Ⅰ)については、イおよびロのいずれか一つの算定となります。

2. その他の料金（全額自己負担）

	料 金	備 考
食 費	830円	昼 食（1食あたり）おやつ代含む
食 費	150円	おやつ代（1食あたり） 【おやつのみ食べられる方】
タオル代等	100円	入浴利用時（1回あたり）
外出に要する費用 写真代 等	実 費	
おむつ代等	実 費	

(別紙2)

介護予防通所サービスの内容及び利用料金表

令和6年6月1日現在

1. 介護保険給付対象サービス

(1) 基本単価と料金 (1ヶ月あたり定額制)

要介護区分	単位数 (1日あたり)	自己負担 (1割の場合)
事業対象者・要支援1 送迎の利用がない場合	1,798単位/月	1,895円
	1,422単位/月	1,499円
要支援2 (週1回程度) 送迎の利用がない場合	1,798単位/月	1,895円
	1,422単位/月	1,499円
要支援2 (週2回程度) 送迎の利用がない場合	3,621単位/月	3,817円
	2,869単位/月	3,024円

1回あたり基本単価と料金

要介護区分	単位数	自己負担 (1割の場合)
事業対象者・要支援1 (月1~4回)	436単位/回	4,595円
事業対象者・要支援1 (月1~8回)	447単位/回	4,711円

(2) 各種加算料金

※個別加算

加算の名称		単位数	自己負担 (1割の場合)	備考
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算	(I)	150単位/月	159円/月	口腔機能低下予防を 個別に行った場合の 加算
	(II)	160単位/月	169円/月	
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算		150単位/月	159円/月	低栄養状態の方等へ の個別の栄養指導や 管理
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算		50単位/月	53円/月	管理栄養士との連携 による栄養状態の管 理

<input type="checkbox"/> 口腔・栄養 スクリーニング加算(Ⅰ)	20単位/回 (6月ごと)	21円/回	口腔の健康状態及び 栄養状態のスクリー ニングを行う
<input type="checkbox"/> 一体的サービス 提供加算	480単位/月	506円/月	栄養改善サービス及 び口腔機能向上サー ビスを実施している
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者 受入加算	60単位/日	64円/日	認知症の方で65歳 の誕生日の前々日ま でにご利用された時

※体制加算

加算の名称		単位数	自己負担 (1割の場合)	備考
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算 (LIFE)	40単位/月	43円/月	LIFE(科学的介護情 報システム)を用い ての介護サービスの 質の向上
<input type="checkbox"/>	サービス 提供体制 強化加算 (Ⅰ)	要支援1	88単位/月	介護職員の割合など 手厚い職員体制に対 する加算
		要支援2 (週1回利用)	88単位/月	
		要支援2 (週2回利用)	176単位/月	
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算	1か月の総単位数 ×9.2%		介護職員の処遇改善 に用いられる加算
<input type="checkbox"/>	送迎を行わない場合	片道47単位減算 往復94単位減算	▼50円/片道	

※ 上記料金は、介護保険関連の法令に基づき定められた料金です。法令が改正にな
った場合には、法令に従い変更させていただきます。

※ 上記の料金は、単位数に神戸市の地域単価10.54円を乗じて算出しています。
自己負担額は、介護保険負担割合証の利用者負担の割合に則り決定します。

(介護保険2割、3割負担の方は1割負担の料金を2倍、3倍した金額となります。)

※ 料金の計算過程における端数処理により、実際の請求額が上記金額と若干異なる
場合があります。

※ 介護予防通所サービスは月単位の料金になりますので、キャンセル料は発生しま
せん。

3. その他の料金（全額自己負担）

	料 金	備 考
食 費	830円	昼 食（1食あたり）おやつ代含む
食 費	150円	おやつ代（1食あたり） 【おやつのみ食べられる方】
タオル代等	100円	入浴利用時（1回あたり）
外出に要する費用 写真代 等	実 費	
おむつ代等	実 費	

通所介護事業

介護予防通所サービス

の提供開始にあたり、利用者に対して本書面（及び付属別紙）に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者	所在地 名 称 代表者	神戸市垂水区名谷町字猿倉 2 7 3 番 7 社会福祉法人 丸 田 中 華 代
事業所	所在地 名 称 管理者	神戸市垂水区平磯 1 丁目 2 番 5 号 垂水年金会館 2 階 オービーホーム平磯 デイサービスセンター 池 田 晴 美
説明者	氏 名	_____

私は、本書面（及び付属別紙）により事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者（または※代理人）

住 所 _____ 市 _____ 区 _____

氏 名 _____

電 話 _____ (_____) _____

※代理人を選定する場合、別途「委任状」が必要となります。

代理人が委任を受けた範囲内で行う行為の効果は、利用者本人に帰属します。

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆いたします。

代筆署名者 住 所 _____ 市 _____ 区 _____

氏 名 _____

(利用者との関係 : _____)

電 話 _____ (_____) _____