

重要事項説明書

(デイサービスセンター)

(総則) 本重要事項説明書は、令和5年4月1日に作成したものであり、法令等の変更、運営上での変更等により、相当な範囲で変更をすることがあります。また、原則として、毎年4月1日に改訂をするものとさせていただきます。

あなた様に対する通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第100条に基づいて、当事業者があなた様に説明すべき重要事項は次のとおりです。また、契約書にある身元引受人の資格・責務については、下記のとおりとなっておりますので、十分ご理解下さいますようお願い致します。

1 身元引受人の指定と身元引受人の責任

- ① 契約者又は契約者の親族の方は、契約書を締結される場合、事業者に対して身元引受人を1名指定して頂きます。
- ② 身元引受人とは、その居住地から事業所の所在地まで、原則3時間以内で移動できる人に限らせて頂きます。
- ③ 事業者は、身元引受人との関係で、相互信頼関係が破壊されたと認めるに足りる事情が生じた場合には、契約者又は契約者の親族の方に対し、身元引受人の変更を要求することができるものとさせていただきます。
- ④ 身元引受人とは、契約者の事業者に対する一切の債務につき、契約者と連帯して履行の責任を負うものとします。
- ⑤ 身元引受人は、契約者が当施設の医師によって意思能力を欠くと判断された場合には、契約者の事業者に対する同意権の行使・不行使及び契約者のためにすべき事務処理手続きについて、包括的な代理権を有するものとさせていただきます。

2 事業者概要

事業者の名称	社会福祉法人 豊生会
事務所の所在地	奈良県宇陀市榛原長峯200番地の1
介護保険事業所番号	2972300012
代表者氏名	理事長 森下 豊
電話番号	0745-82-8111

3 ご利用事業所

利用事業所の名称	デイサービスセンター ゆあほうむ榛原
所在地	奈良県宇陀市榛原長峯200番地の1
管理者の氏名	センター長 松田 慶
電話番号	0745-82-8111

ファクシミリ番号	0745-82-8855
通常事業の実施地域	宇陀市榛原

4 ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類		指定年月日	事業所番号	指定権者名	利用定数等
施設	特別養護老人ホーム(従来型)	令和2年4月1日	2972300012	奈良県	54人
	特別養護老人ホーム(ユニット型)	令和2年4月1日	2972300012	奈良県	30人
居宅	(介護予防)短期入所生活介護	令和2年4月1日	2972300012	奈良県	16人
	通所介護	令和2年4月1日	2972300012	奈良県	45人
	介護予防通所型サービス	平成29年4月1日	2972300012	宇陀市	
	訪問介護	令和2年4月1日	2972300012	奈良県	—
	介護予防訪問型サービス	平成29年4月1日	2972300012	宇陀市	—
	短期集中型通所型Cサービス(A)	平成30年10月1日	2972300012	宇陀市	20人
居宅介護支援事業		令和2年4月1日	2972300012	宇陀市	

5 事業の目的と運営方針

事業の目的	通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態等にあるご利用者が通所の方法により利用される場合に対して、通所介護従業者が各種のサービスを適切に行うことを目的としています。
運営の方針	ご利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的にサービスを提供させていただきます。また、提供する通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図るよう努めます。

6 ご利用事業所の職員体制

職種	常勤換算	指定基準	備考
管理者	1	1	特別養護老人ホームと兼務
介護職員	7以上	7以上	サービス提供時間内7名以上
生活相談員	1以上	1以上	
看護職員	—	1以上	営業日必要な時間勤務
機能訓練指導員	1	1	
栄養士	1	1	調理員を含め必要な人員

7 営業日及び営業時間並びにご利用定員

営業日	月曜日から金曜日(12月30日～1月3日までを除く)
営業時間	午前9時15分～午後16時45分(送迎時間を除く)
利用定員	45名

8 サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

- ①食 事（但し、食材料費等は別途徴収させていただきます。）
- ・ 当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を配慮したお食事を提供させていただきます。
 - ・ ご利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をして頂くことを原則としております。
（食事時間） 午後 12 時 ～ 午後 1 時

- ②入 浴
- ・ 入浴又は清拭をさせていただきます。寝たきり等の場合でも機械浴槽を使用して入浴をすることができます。

- ③排 泄
- ・ ご利用者の排泄の介助をさせていただきます。おむつの場合は、おむつ交換をさせていただきます。（おむつ代はご利用者の実費負担となります。）

- ④機能訓練
- ・ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種のもの共同して、個別機能訓練計画を作成し、その計画に基づいて機能訓練を行います。

(2) 介護保険給付外サービス

- ①食事の材料の提供（食材料費）
- ・ ご利用者に提供させて頂く食事の材料にかかる費用です。
- ②おやつ
- ・ 毎回美味しいおやつ等を提供させていただきます。
- ③レクリエーション（教養娯楽活動）
- ・ 毎回楽しいレクリエーション等を企画しております。また、四季折々の催しを開催させていただきます。
- ④日用品のご利用
- ・ トイレットペーパー、ティッシュ、石鹸、シャンプー、おしぼり、エプロン等をご提供させていただきます。
- ⑤介護保険給付の支給限度を超えてサービスをご利用される場合は、サービス利用料金の全額がご利用者の負担となります。

9 利用料金(1 単位あたり 10.14 円)

(1) 介護保険給付サービス

要介護 1～5(1 回あたり) 【7 時間以上 8 時間未満】

ご利用者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本単位	655 単位	773 単位	896 単位	1,018 単位	1,142 単位
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	85 単位	85 単位	85 単位	85 単位	85 単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位
サービス利用料金	733 単位	851 単位	974 単位	1,096 単位	1,220 単位
送迎を行わない場合減額されます(片道)	△47 単位	△47 単位	△47 単位	△47 単位	△47 単位
事業所と同一建物居住者の場合減額されます	△94 単位	△94 単位	△94 単位	△94 単位	△94 単位

・ 1 ヶ月利用金額に介護職員処遇改善加算(Ⅰ)5.9%・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)1.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算 1.1%が加算されます。

・ (要介護 1～5)入浴の提供を行うことになっているご利用者 入浴介助加算(Ⅰ) 40 単位/回
入浴介助加算(Ⅱ) 55 単位/回

- ・ 科学的介護推進体制加算 40 単位/月
- ・ 個別機能訓練加算(Ⅱ) 20 単位/月
- ・ ADL 維持等加算(Ⅱ) 60 単位/月

宇陀市介護予防日常生活支援総合事業第 1 号事業サービス（要支援 1・2）

サービス名称	サービス回数	対象者	単位数 (1 回)	上限単位 (1 ヶ月)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ (1 ヶ月)	介護職員処遇改善加算Ⅰ (1 ヶ月)	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ (1 ヶ月)	介護職員等ベースアップ等支援加算(1 ヶ月)
1 日デイ(週 1 回)	週 1 回程度 ※月 4 回まで	要支援 1	384 単位	1,672 単位	88 単位	99 単位	20 単位	18 単位
1 日デイ(週 2 回)	週 2 回程度 ※月 8 回まで	要支援 2	395 単位	3,428 単位	176 単位	202 単位	41 単位	38 単位
リハビリデイ(週 1 回)	週 1 回程度 ※月 5 回まで	要支援 1	324 単位	1,672 単位	—	99 単位	20 単位	18 単位
リハビリデイ(週 2 回)	週 2 回程度 ※月 10 回まで	要支援 2	334 単位	3,428 単位	—	202 単位	41 単位	38 単位
ミニデイ(週 1 回)	週 1 回程度 ※月 5 回まで	要支援 1	268 単位	1,672 単位	—	99 単位	20 単位	18 単位
ミニデイ(週 2 回)	週 2 回程度 ※月 10 回まで	要支援 2	275 単位	3,428 単位	—	202 単位	41 単位	38 単位
通所型週 1 回	週 1 回程度 ※月 5 回以上	要支援 1	1,672 単位	1,672 単位	88 単位	99 単位	20 単位	18 単位
通所型週 2 回	週 2 回程度 ※月 9 回以上	要支援 2	3,428 単位	3,428 単位	176 単位	202 単位	41 単位	38 単位

(注意：介護保険負担割合は原則 1 割～3 割)

- ・ (要支援 1・2)運動器機能向上加算 225 単位/月・口腔機能向上加算 150 単位/月
- ・ (要支援 1・2)ミニデイ利用 入浴の提供を行うことになっているご利用者 入浴介助加算 50 単位/回

(2) 介護保険給付外サービス

サービス内容	サービス利用料金
食費	1回 500円
教養娯楽費	教養娯楽費に関する事項 (1) カラオケ料 (2) 各種工作 (3) 書道 (4) むりえ・折り紙 (5) その他の教養娯楽費事項 (新規企画分) 上記いずれかを選択して頂きます。
おやつ	1回 100円
介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合	全額実費負担

10 交通費実費

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、交通費の実費をいただきます。…通常の事業実施区域を超えた地点からの片道距離 (1k 単位) × 50 円

11 利用料金のお支払い方法

利用料金のお支払いについては、1ヶ月毎に計算し、翌月ご請求させていただきますので、銀行振替にてお支払下さい。(事前登録が必要となります)

また、どうしても銀行振替が不可能な場合は、翌月の末日までにゆあほうむ榛原まで現金にてお支払い下さい。

尚、支払日までに送迎等にて職員がご利用者の居宅を訪問する場合は、訪問職員へお支払い下されば結構です。

12 利用の中止、変更、追加

(1) ご利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護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。この場合にはサービスの実施の前日までに事業者へ申し出て下さい。

(2) 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 午後6時までにご連絡をお願い致します
ご利用日当日	当日の利用料金の1割及、食費、おやつ代 (自己負担金)

13 苦情申立窓口

当施設ご利用相談窓口	窓口担当者 生活相談員 ご利用時間 毎日 午前9時～午後6時 ご利用方法 電話 0745-82-8111 面談 ゆあほうむ榛原相談室 苦情箱 (医務室前に設置)
行政機関その他苦情受付機関	(1) 宇陀市役所 介護福祉課 宇陀市榛原下井足17-3 0745-82-3675 (2) 奈良県国民健康保険団体連合会 橿原市大久保町302-1 0744-21-6822

14 緊急時の対応方法

ご利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
協力医療機関	医療機関の名称	医療法人 豊生会 加藤クリニック
	院 長 名	院長 加藤 久 和
	所 在 地	奈良県宇陀市榛原長峯 200 番地の 2
	電 話 番 号	0745-82-8880
	診 療 科	内科一般(在宅医療)
	入 院 設 備	無
	救急指定の有無	無
	契 約 の 概 要	ゆあほうむ榛原嘱託医
緊急連絡先	施設基準の届出	在宅療養支援診療所(24時間対応)
	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

15 事故発生時の対応

事故発生時には奈良県宇陀市等関係機関及び契約者の家族又は契約者の関係者にすみやかに連絡し、必要な対応や処置をする。

16 非常災害時の対策

令和 年 月 日

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム ゆあほうむ 榛原消防計画」に則り対応を行います。			
近隣との協力関係	宇陀広域消防組合消防本部と、密な関係を築き協力体制を確立しています。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム ゆあほうむ 榛原消防計画」にのっとり年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して頂き実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	12 箇所
	避難階段	4 箇所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	避難器具	すべり台 救助袋	漏電火災報知機	あり
	誘導灯	44 箇所	非常用電源	あり
	カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：防災計画及び防災設備点検記録を毎年1回届出ます。 防火管理者：永塚均司			

17 第三者評価の実施状況 なし

18 記録の保存年限 サービス提供の日より5年間

(乙) 当事業者は、甲1に対する通所介護サービスの提供開始に当たり、
□甲1、□甲2 に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 通所サービス事業者

所在地 奈良県宇陀市榛原長峯 200 番地の1

名称 デイサービスセンター ゆあほうむ 榛原

説明者職名 _____

氏名 _____ 印

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要な事項の説明を受けました。
私は、通所介護サービスの提供開始に同意します。

(甲1) 利用者 住所 _____

(代筆の場合
はカッコ書) 氏名 _____ 印

(甲2) 利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____