

# 重要事項説明書

(通所介護・総合事業通所介護サービス)

## 1、事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 大和桜井園
代表者氏名	理事長 東 武志
本社所在地 (連絡先)	奈良県桜井市大字阿部1073番地 TEL 0744-42-2090 FAX 0744-43-5670

## 2、利用事業所

事業所名	社会福祉法人 大和桜井園
介護保険指定 事業所番号	2970600017
事業所所在地	奈良県桜井市大字阿部1073番地
連絡先	TEL 0744-42-2090 FAX 0744-43-5670
事業所の通常の 事業実施区域	桜井市

## 3、事業の目的および運営方針

事業の目的	要介護状態または要支援または事業対象者状態にある高齢者に対し、適正な通所介護または総合事業通所介護を提供することを目的とする。
運営方針	要介護または要支援者または事業対象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、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。 また、関係市町村・地域の保険・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。

## 4、定員及び営業時間帯

営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日
定員	30名
営業時間帯	8:30～17:30
サービス提供時間	10:00～16:00

## 5、事業所の管理体制

職 種	職 務 内 容	人 員 数
1、管 理 者	従業者及び業務の一元的管理。	1名
2、サービス提供責任者 生活相談員	利用者の申し込みに係る調整、通所介護または総合事業通所介護職員等に対する技術指導等のサービス内容の管理。	1名
3、看護・介護職員	介護・介護予防サービスの提供。	6名
4、機能訓練指導員	リハビリ指導。(通所介護)	1名
5、理学療法士等	リハビリ指導。(総合事業通所介護)	1名
6、事務職員	事務的業務。	1名

## 6、サービス内容

種 類	内 容
食 事	・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	・寝たきり等で座位の取れない方は、機械を用いての入浴も可能です。
更 衣	・自力にて更衣が困難な場合、着脱の援助を行います。
機 能 訓 練 (通所介護) 運動機能向上訓練 (総合事業通所介護)	・機能訓練指導員(通所介護)理学療法士等(総合事業通所介護)による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。 ・生活動作の中でリハビリ訓練につとめます。
口腔機能向上訓練	・看護職員等による利用者の口腔機能を把握し、状況に適合した口腔機能向上サービスを行うようつとめます。
健康状態の管理	・緊急時等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。
相談及び援助	・利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うようつとめます。
送 迎	・通常の事業の実施地域の送迎を致します。
そ の 他	・必要な教養娯楽設備を整えるとともに、生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・主な娯楽設備 クラブ活動(生花、書道、踊り、手芸、陶芸、ちぎり絵、曜日により異なります。) 喫茶コーナー

## 7、サービス料金と利用料

要介護度	利用料（1回）	食費（1日）	入浴介助	送 迎
要支援	482円	539円	特 浴 65円 一般浴 44円	片道 47円 往復 94円
要介護1・2	614円			
要介護3・4・5	903円			

## 8、その他の費用

### ①交通費実費

通常の送迎の実施地域を越えて行う通所介護または総合事業通所介護サービスに係る送迎費は、その実費を徴収します。尚、家族等が送迎を行われる際には地域を問いません。

（1）事業所の実施地域を越える地点から、片道10キロメートル未満 500円

（2）事業所の実施地域を越える地点から、片道10キロメートル以上 1,000円

### ②キャンセル料

キャンセルにつきましては、サービス提供日の前営業日17:00までにお申し出下さい。上記日時を越えたキャンセルは、全額キャンセル料として頂きます（送迎費含む）。

### ③時間外利用料

通常の利用時間（8時間未満）を越えて利用される場合は、下記利用料を別途徴収します。

区 分	提供時間	8時間以上 9時間未満	9時間以上 10時間未満
		利用料	利用料
要支援		50円	100円
要介護1・2		50円	100円
要介護3・4・5		50円	100円

### ④教養娯楽費

利用された場合、その実費を頂きます。

### ⑤記録等の複写料

1枚（片面）あたり10円を頂きます。

## 9、利用料その他の費用の請求及び支払方法

①利用料、その他の費用の請求	ア 利用料、その他の費用は利用者負担のある支援業務提供ごとに計算し、利用のあった月の合計金額により請求いたします。 イ 請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月5日までに利用者あてお届けします。ただし、請求額のない月はお届けしません。
②利用料、その他の費用の支払い	ア お渡しする利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の10日までに、現金にてお支払い下さい。 イ お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

## 10、診断書の提出

入所前（入所時）に診断書を提出して頂いておりますが、下記に該当する場合は、診断書を再提出して下さい。

- (1) 入所時から1年を経過された場合は各年（毎年ごとに）。
- (2) 当園が必要と認めた場合。

## 11、非常災害対策

事業者は、非常災害その他の緊急事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

## 12、事業継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護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(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 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実施します。
- (3) 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います。

## 13、虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。  
虐待防止に関する担当者（職名            理事長            氏名            東 武 志           ）
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (5) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (6) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (7) サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（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。

#### 1 4、身体的拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1)緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2)非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3)一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

#### 1 5、サービス提供の記録

(1)通所介護サービスを提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。

(2)利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。(複写物の請求を行う場合は、有料です。)

#### 1 6、サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っていません

#### 1 7、緊急時の対応方法

主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地及び電話番号	
家族	緊急連絡先の家族等	
	住所及び電話番号	

#### 1 8、事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 19、苦情申立窓口

<p>【事業所の窓口】 大和桜井園 担当者 生活相談員</p>	<p>所在地 奈良県桜井市大字阿部 1073 番地 電話番号 0744-42-2090 0744-46-2996 ファックス番号 0744-43-5670 受付時間 午前9:00～午後6:00</p>
<p>【市町村の窓口】 桜井市役所 高齢福祉課 介護保険係  桜井宇陀広域連合 介護保険課</p>	<p>所在地 奈良県桜井市大字栗殿 432 番地の 1 電話番号 0744-42-9111 (代) ファックス番号 0744-44-2172 受付時間 午前8:30～午後5:15 所在地 奈良県桜井市初瀬 1626-1 電話番号 0744-47-7077 ファックス番号 0744-47-7078 受付時間 午前8:30～午後5:15</p>
<p>【公的団体の窓口】 奈良県国民健康保険団体連合会</p>	<p>電話番号 0744-21-6811 フリーダイヤル 0120-21-6899 ファックス番号 0744-21-6822 受付時間 午前 9:00～12:00 午後 1:00～ 5:00</p>

(乙) 当事業者は、甲 1 に対する通所介護または総合事業通所介護サービスの提供開始に当たり、甲 1 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。

甲 2

(乙) 通所介護・総合事業通所介護サービス事業者

所在地 奈良県桜井市大字阿部 1 0 7 3 番地

名 称 社会福祉法人 大和桜井園

説明者

氏名

印

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けました。

私は、通所介護・総合事業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

氏 名

印

(甲 2) 利用者の家族 住 所

氏 名

印

# 重要事項説明書

(通所介護・総合事業通所介護サービス)

1. 利用料金表は下記のとおりです(地域区分 7級地 1単位は10.14円)。

①利用者の要介護度・要支援度	要支援1 事業対象者	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
②基本サービス単位数(1回) ※要支援1・事業対象者は5回以上、要支援2は9回以上利用の場合、ひと月につき下段の単位数	436単位	447単位	584単位	689単位	796単位	901単位	1,008単位
	1,798単位	3,621単位					
③サービス利用に係る自己負担額(1回) ※要支援1・事業対象者は5回以上、要支援2は9回以上利用の場合、ひと月につき下段の自己負担額	443円	454円	593円	699円	808円	914円	1,023円
	1,824円	3,672円					
④サービス提供体制強化加算(1回)	対象外		6単位				
⑤サービス提供体制強化加算に係る自己負担額(1回)			6円				
⑥食事に係る自己負担額(1回)	670円(おやつ代を含む)						
⑦入浴介助加算単位数(1回)	②に含まれる		55単位				
⑧入浴介助加算に係る自己負担額(1回)			56円				
⑨個別機能訓練加算単位数(1回)	対象外		56単位				
⑩個別機能訓練加算単位数に係る自己負担額(1回)			57円				
⑪自己負担額合計 (③上段+⑤+⑥+⑧+⑩) ※要支援1・事業対象者は5回以上、要支援2は9回以上利用の場合、ひと月につき下段の自己負担額合計	1,113円	1,124円	1,382円	1,488円	1,597円	1,703円	1,812円
	1,824円+⑥×利用回数	3,672円+⑥×利用回数					
⑫口腔機能向上加算単位数 (対象者のみ2回程度、事業対象者・要支援1・2はひと月につき)	150単位						
⑬口腔機能向上に係る自己負担額 (対象者のみ2回程度、事業対象者・要支援1・2はひと月につき)	153円						
⑭介護職員等処遇改善加算単位数(ひと月につき、要支援2は週2回相当利用時2回分算定) ※要支援1・事業対象者は5回未満、要支援2は9回未満利用の場合、1回につき下段の単位数	163単位 ※週2回相当利用時は2回分算定		基本サービス単位(②)と各種加算単位(④,⑦,⑨,⑫)の合算に、9.0%を乗じた単位数				
	40単位						
⑮介護職員等処遇改善加算自己負担額(ひと月につき、要支援2は週2回相当利用時2回分算定) ※要支援1・事業対象者は5回未満、要支援2は9回未満利用の場合、1回につき下段の自己負担額	166円 ※週2回相当利用時は2回分算定		⑭介護職員等処遇改善加算単位数×10.14円の1割				
	41円						
※1ヵ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります							

2. 介護保険負担割合証で、利用者負担の割合が2割又は3割と記載されている方は、自己負担が2割又は3割になります。負担割合が2割になられる方の条件は、次の①、②のどちらかにに該当される方、3割になられる方の条件は、次の③に該当される方です。

- ①本人の合計所得金額が、160万円以上220万円未満の方で、同一世帯の65歳以上の方（第1号被保険者）の「年金収入とその他の合計所得金額」が、単身世帯で280万円以上、2人以上世帯では346万円以上の方
- ②本人の合計所得金額が、220万円以上の方で、同一世帯の65歳以上の方（第1号被保険者）の「年金収入とその他の合計所得金額」が、単身世帯で280万円以上340万円未満、2人以上世帯では346万円以上463万円未満の方
- ③本人の合計所得金額が、220万円以上の方で、同一世帯の65歳以上の方（第1号被保険者）の「年金収入とその他の合計所得金額」が、単身世帯で340万円以上、2人以上世帯では463万円以上の方

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(乙) 当事業者は、甲1に対する通所介護・総合事業通所介護サービスの提供に当たり、  
甲1 甲2 甲3 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) 通所介護・総合事業通所介護サービス事業者

所在地 奈良県桜井市大字阿部1073番地

名称 社会福祉法人 大和桜井園

説明者

氏名\_\_\_\_\_ (印)

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けました。  
私は、通所介護・総合事業通所介護サービスの提供に同意します。

(甲1) 利用者 住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ (印)

(甲2) 契約者 住所\_\_\_\_\_

(身元引受人)

氏名\_\_\_\_\_ (印)

続柄\_\_\_\_\_

(甲3) 連帯保証人 住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ (印)

続柄\_\_\_\_\_