

介護予防・日常生活支援総合事業

第一号通所事業（独自）・重要事項説明書

＜令和7年2月1日現在＞

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人はーとらんど
主たる事務所の所在地	〒636-0815 奈良県生駒郡三郷町勢野北4-13-1
代表者（職名・氏名）	竹林 千佳
電話番号	0745-72-5006

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ハートランド五條 デイサービスセンター	
サービスの種類	第一号通所事業（独自）	
事業所の所在地	〒637-0071 奈良県五條市二見5丁目3番63号	
電話番号	0747-26-0006	
指定年月日・事業所番号	平成26年10月1日指定	2970700577
利用定員	定員30人	
通常の事業の実施地域	五條市（大塔町地区を除く）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者にある利用者に対し、適正な事業を提供することを目的としています。
運営の方針	事業者は、認知機能の低下や閉じこもり予防のため、引きこもりがちな利用者や軽度認知症等のリスクのある利用者に、可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、心身機能の回復を図り、もって生活機能の維持又は向上をめざすものとします。また、地域との結びつきを重視し、関係市町村、その他保健医療・福祉サービス事業者との綿密な連携に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第一号通所事業（独自）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、日曜及び年末年始（12月31日から1月3日）を除きます
営業時間	午前8時30分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後3時30分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	職務内容	人数・勤務の形態
管理者	業務の一元的な管理	1人
生活相談員	生活相談及び指導	1人以上
看護職員	看護業務並びに保健衛生管理	1人以上
介護職員	介護業務	4人以上
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1人以上

7. サービス提供の担当者

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、管理責任者及び生活相談員まで何でもお申し出ください。

8. 利用料

あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は以下のとおりです。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）第一号通所事業（独自）サービスの利用料

【基本部分】

サービス内容	対象者・回数	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
①通所型サービス1	事業対象者・要支援1 (週1回程度)月5回以上	17,980円 (1月につき)	1,798円	3,596円	5,394円
②通所型サービス2	事業対象者・要支援2 (週2回程度)月9回以上	36,210円 (1月につき)	3,621円	7,242円	10,863円
③通所型サービス1 (回数)	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	4,360円 (1回につき)	436円	872円	1,308円
④通所型サービス2 (回数)	事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で8回まで	4,470円 (1回につき)	447円	894円	1,341円

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額			
		基本利用料	利用者負担 （1割）	利用者負担 （2割）	利用者負担 （3割）
若年性認知症 利用者受入 加算	若年性認知症利用者へサービ ス提供した場合 （1月につき）	2,400円	240円	480円	720円
サービス提供 体制加算Ⅰ-1	介護職員の総数のうち、介護 福祉士が占める割合が70%	880円	88円	176円	264円
サービス提供 体制加算Ⅰ-2	以上の場合 （1日につき）	1,760円	176円	352円	528円
サービス提供 体制加算Ⅱ-1	介護職員の総数のうち、介護福祉 士が占める割合が50%以上であ ること	720円	72円	144円	216円
サービス提供 体制加算Ⅱ-2	（1日につき）	1,440円	144円	288円	432円
口腔・栄養 スクリーニング 加算Ⅰ	6月ごとに利用者の口腔の健 康状態及び栄養状態について 確認を行い、当該情報を担当ケ アマネに提供した場合 （6月に1回を限度）	200円	20円	40円	60円
科学的介護 推進体制加算	利用者の基本的な情報（ADL 等）を厚労省に提出し、サービ スの提供に当たって必要な情報 を活用している場合 （1月につき）	400円	40円	80円	20円

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	総単位数の9.2%を加算
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	総単位数の9.0%を加算
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	総単位数の8.0%を加算
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	総単位数の6.4%を加算

※中山間地域等に居住する方へのサービス提供加算は、所定単位数に5/100を乗じた単位を足す。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額			
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
同一建物内 減算	事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供をした場合 (1日につき)	940円	94円	188円	282円
送迎を行わない 場合の減算	利用者に対して、その居住と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合 (1日につき)	470円	47円	94円	141円

(2) その他の費用

食費	1回につき740円の食費をいただきます。
その他の日常生活費	1回につき150円のその他の日常生活費をいただきます。 (日用品、レクリエーション費、喫茶費用等)
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、費用の実費をいただきます。
その他	通常の事業実施地域以外の利用者については、交通費(1kmあたり50円)をいただきます。 利用者の希望により、通常の利用時間を越えてサービス提供する場合、1時間につき1,000円をいただきます。 上記以外で利用者負担が適当と認められるものについて、費用の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

また、介護予防通所介護は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期 キャンセル料

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日	利用者負担金の70%の額

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、お渡しいたします。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	登録された口座より引き落とします。
窓口での現金払い	サービスを利用した月の翌月20日までに、ハートランド五條事務室まで現金でお支払いください。

9. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、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消防計画、非常災害対策基準を策定し、年2回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。

10. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的(年1回以上)に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します

11. 衛生管理等

- (1) 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設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 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実施します。
- (4) 職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	

11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

12. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

13. 高齢者虐待について

当施設は、利用者等の人権の擁護・虐待防止等のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（１）研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知職の向上に努めます。

（２）従業者が支援にあたっての悩みや苦勞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。

14. 苦情相談窓口

（１）当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けします。

◇苦情窓口 ハートランド五條 デイサービスセンター 管理者：関本 太志

TEL：0747-26-0006 FAX：0747-26-0008

◇受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:00

また、ご意見箱（苦情受付ボックス）を玄関受付に設置し、第三者委員も設けています。

（２）行政機関その他苦情受付機関

五條市 介護福祉課 五條市岡口1丁目3番1号	TEL 0747-22-4001
奈良県国民健康保険団体連合会 橿原市大久保町302-1	TEL 0744-29-8326 0120-21-6899

15. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

（１）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

（２）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。

（３）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。また利用中、体調不良等生じた場合、利用を中止させていただくことがあります。

(4) デイサービスご利用中は、現金の必要はございません。現金や貴重品はお持参いただかないようお願いいたします。当事業所では、現金や貴重品を持ち込まれた場合の責任は負いかねます。

(5) 警報発令・解除の有無を問わず通所が危険と思われる時はご家族様の判断で通所を見合わせて下さい。道路封鎖などやむを得ない状況の場合、送迎時間の変更、臨時休業する場合があります。その場合午前 8 時 30 分までにご連絡させていただきます。

16. 利用状況、個人記録等書類保存期間

介護記録、利用状況記録等の書類は、サービスを提供した日から5年間保存します。

17. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	① あり	実施日	令和 6 年 3 月 14 日
		評価機関名称	BSI グループジャパン株式会社
		結果の開示	① あり 2 なし
	2 なし		

令和 年 月 日

サービスの提供にあたり、利用者（又はご家族）に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

【施設】

施設名： ハートランド五條 デイサービスセンター

介護保険事業者指定番号： 2970700577

所在地： 〒637-0071 奈良県五條市二見5丁目3番63号

法人名： 社会福祉法人はーとらんど

法人代表者： 理事長 竹林 千佳 印

説明者： ハートランド五條 デイサービスセンター

氏名 _____ 印

私は、本書面により、ハートランド五條 デイサービスセンターのサービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者： 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人： 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____