

# 介護予防・日常生活支援総合事業

## 第一号通所事業（サービスA）・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（サービスA）             |            |
| 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30年4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、引きこもりがちの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（サービスA）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<br>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<br>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（サービスA）サービスの利用料

【基本部分】1日 6時間以上

| サービス内容                 | 対象者・回数                      | 基本利用料              | 利用者負担<br>（１割） | 利用者負担<br>（２割） | 利用者負担<br>（３割） |
|------------------------|-----------------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| ①通所型サービスAⅠ・1<br>（回数）   | 事業対象者・要支援1<br>※1月の中で全部で4回まで | 3,960円<br>（1回につき）  | 396円          | 792円          | 1,188円        |
| ②通所型サービスAⅠ・2<br>（回数）   | 事業対象者・要支援2<br>※1月の中で8回まで    | 4,070円<br>（1回につき）  | 407円          | 814円          | 1,221円        |
| ③通所型サービスAⅠ・1<br>（包括払い） | 事業対象者・要支援1<br>※1月の中で全部で5回以上 | 16,380円<br>（1月につき） | 1,638円        | 3,276円        | 4,914円        |
| ④通所型サービスAⅠ・2<br>（包括払い） | 事業対象者・要支援2<br>※1月の中で全部で9回以上 | 33,010円<br>（1月につき） | 3,301円        | 6,602円        | 9,903円        |

【基本部分】半日 3時間以上

| サービス内容                 | 対象者・回数                       | 基本利用料              | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) | 利用者負担<br>(3割) |
|------------------------|------------------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| ①通所型サービスAⅡ・1<br>(回数)   | 事業対象者・要支援1<br>※1月の中で全部で4回まで  | 2,410円<br>(1回につき)  | 241円          | 482円          | 723円          |
| ②通所型サービスAⅡ・2<br>(回数)   | 事業対象者・要支援2<br>※1月の中で1回から8回まで | 2,480円<br>(1回につき)  | 248円          | 496円          | 744円          |
| ③通所型サービスAⅡ・1<br>(包括払い) | 事業対象者・要支援1<br>※1月の中で全部で5回以上  | 9,990円<br>(1月につき)  | 999円          | 1,998円        | 2,997円        |
| ④通所型サービスAⅡ・2<br>(包括払い) | 事業対象者・要支援2<br>※1月の中で全部で9回以上  | 20,130円<br>(1月につき) | 2,013円        | 4,026円        | 6,039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<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) | 利用者負担<br>(3割) |
| 入浴介助<br>加算            | 利用者の入浴介助を行った場合（1回につき）                                                               | 400円   | 40円           | 80円           | 120円          |
| サービス提供<br>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%以上の場合<br>(1月につき)                                          | 880円   | 88円           | 176円          | 264円          |
| サービス提供<br>体制加算Ⅰ-2     |                                                                                     | 1,760円 | 176円          | 352円          | 528円          |
| 若年性認知症<br>利用者受入<br>加算 | 若年性認知症利用者へサービス提供した場合<br>(1月につき)                                                     | 2,400円 | 240円          | 480円          | 720円          |
| 中山間地域加算<br>(独自)       | 五條市で定める指定地域に居住する方へのサービスの提供加算（1回につき）<br>※五條市で定める指定地域とは、西吉野町、大塔町、大深町、樫辻町、湯谷市塚町及び阪合新田町 | 200円   | 20円           | 40円           | 60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。<br>(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。<br>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。<br>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. 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、速やかに下記的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<br>氏名<br>所在地<br>電話番号 |  |
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏名(利用者との続柄)<br>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労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<br>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<br>橿原市大久保町 302-1   | TEL 0744-29-8326<br>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込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24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 \_\_\_\_\_