

デイサービス藤の花
第一号通所事業 重要事項説明書

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

1 第一号通所事業を提供する事業者について

事業者名称	株式会社フジモト
代表者氏名	代表取締役 藤本 省司
本社所在地 （電話番号等）	奈良県桜井市大字大西780番地 （電話）0744-42-5369（ファックス番号）0744-42-5369

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	デイサービス藤の花
介護保険指定 事業所番号	（指定事業所番号）2970502650
事業所所在地	奈良県橿原市醍醐町142番地の6
連絡先 相談担当者名	（電話）0744-33-9678（ファックス番号）0744-33-9434 （相談担当者）藤本 剛至
事業所の通常の 事業の実施地域	橿原市

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	第一号通所事業の提供に当たっては、事業所の従業者は、要支援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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの利用の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日、（12月29日～1月3日を除く）
営業時間	8時30分～18時（サービス提供時間は9時～16時30分まで）

(4) 事業所の職員体制

（令和5年10月1日現在）

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者	人	1人	人	人
生活相談員	1人	人	人	人
看護職員	1人	人	人	3人
介護職員	6人	人	4人	人
機能訓練指導員	人	1人	2人	人

3 提供するサービスの内容

- ・食事の提供

食事の提供及び必要な介助を行います。

- ・入浴（個浴）

入浴サービス提供及び必要な介助を行います。

- ・日常生活動作の機能訓練

利用者が日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練、利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーション等を行います。

- ・健康状態の確認

体調や血圧などの確認を行います。

- ・送迎

居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。

- ・日常生活における相談及び助言

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

- ・その他日常生活上の援助

利用者に必要な日常生活上の世話及び援助を行います。

4 利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行いたしますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

（１） 第一号通所事業の利用料

（自己負担） １割、２割または３割

※別途、昼食代や加算等が必要な場合があります。

【基本部分：通所型サービス A】（デイサービス）

《１日》	時間	回数	日額（１割） のめやす	日額（２割） のめやす	日額（３割） のめやす
デイサービス	５時間以上	週１回	４０３円	８０６円	１，２０９円
		週２回	４１３円	８２６円	１，２３９円

【ミニデイサービス】

《半日》	時間	回数	日額（１割） のめやす	日額（２割） のめやす	日額（３割） のめやす
ミニ デイサービス	４時間未満	週１回	２７３円	５４６円	８１９円
		週２回	２８１円	５６２円	８４３円

【半日入浴デイサービス】

《半日》	時間	回数	日額（１割） のめやす	日額（２割） のめやす	日額（３割） のめやす
半日入浴 サービス	４時間未満	週１回	３２４円	６４８円	９７２円
		週２回	３３２円	６６４円	９９６円

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算等の種類	加算・減算額（１回あたり）				
	単位数	基本利用料※ （注１）参照	利用者負担金 （自己負担１割の場合） ※（注２）参照	利用者負担金 （自己負担２割の場合） ※（注２）参照	利用者負担金 （自己負担３割の場合） ※（注２）参照
半日入浴加算	５０（日）	５０７円	５１円	１０２円	１５３円
生活機能向上 連携加算（Ⅰ）	１００（月）	１，０１４円	１０１円	２０２円	３０３円
生活機能向上 連携加算（Ⅱ）	２００（月）	２，０２８円	２０２円	４０４円	６０６円
口腔機能向上 加算	１５０（月）	１，５２１円	１５３円	３０６円	４５９円
介護職員処遇 改善加算（Ⅲ） Ⅰ	１３４（月）	１，３５８円	１３６円	２７２円	４０８円
介護職員処遇 改善加算（Ⅲ） Ⅱ	２７４（月）	２，７７８円	２７８円	５５６円	８３４円

（注１） 上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が７級地のため、単位数に１０．１４円を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

（注２） 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は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

（注３） 上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

（注４） 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも１００分の５以上減少している場合には、利用者数が減少した月の翌々月から３ヶ月以内に限り、１回につき所定単位数の１００分の３に相当する単位数が所定単位数に加算されます。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認めら

れる場合には、当該加算の期間が終了した月の翌月から更に3ヶ月以内に限り、引き続き1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数が所定単位数に加算されることがあります。

(2) その他の費用

食費	昼食代890円 おやつ代100円
おむつ代等	おむつ代150円 紙パンツ代100円 パッド代50円
救急搬送 付き添い介助	1回につき2,500円(必要時に応じて) 搬送先の病院まで事業所職員が付き添い介助を行います。ご家族の到着までの間職員が安全確保のため必要な範囲で介助を行います。
おとなの学校 教材費	※ おとなの学校メゾット「高齢者向け教科書」 月々1,650円(税込み)のご負担になります。お申し込み翌月から「おとなの教科書(68ページ)」をお渡しします。
交通費	通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に係る費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道30円/kmをいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の前営業日16時までに事業所に申し出ください。利用日又は前営業日16時までに連絡がなく、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。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日の前営業日16時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日16時までにご連絡がなかった場合	食事代890円を請求いたします。

(4) 途中帰宅時の利用料

ご利用開始後、利用者の体調不良やその他の理由により、所要時間2時間未満で帰宅された場合は、介護保険の算定要件を満たさないため介護保険請求は行いません。

上記の場合でも、当事業所では送迎・準備等のサービス提供が行われているため、自費にて1,000円(税込)を請求させていただきます。

5 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)

その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等	ア 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者あてにお届け(郵送)です。
--	---

② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の26日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）事業者指定口座への振り込み （イ）利用者指定口座からの自動振替 （ウ）現金支払い イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡します。必ず保管されますようお願いします。（医療費控除の還付請求の際に必要となる場合があります。）
--	--

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から7日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 サービスの利用に当たっての留意事項

- ・ サービスの利用中に気分が悪くなった時は、すぐにお申し出ください。
- ・ 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。
- ・ 利用者の事情で時間に遅れた場合、送迎サービスが受けられない場合があります。

7 秘密保持及び個人情報の保護

- ・ 事業者及びその従業員は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ・ 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ・ 事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いませぬ。

8 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、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

9 事故発生時の対応

通所介護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及び市町村等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
-------	----------------

保険名	福祉事業者総合賠償責任保険特約
-----	-----------------

10 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

(1) 事業所の窓口

事業所相談窓口	相談担当者氏名	藤本 剛至
	連絡先電話番号	0744-33-9678
	同ファックス番号	0744-33-9434
	受付日及び受付時間	月～土曜日の 10 時～16 時 30 分

(2) その他苦情申立の窓口

デイサービス藤の花の窓口	所在地 奈良県橿原市醍醐町 1 4 2 番地の 6 電話番号 0744-33-9678 ファックス番号 0744-33-9434 受付時間 10:00～16:30
奈良県介護保険課介護事業係	所在地 奈良市登大路町 3 0 電話番号 0742-27-8532 ファックス番号 0742-27-3075 受付時間 8:30～17:15
奈良県国民健康保険団体連合会	所在地 奈良県橿原市大久保町 3 0 2 番 1 奈良県市町村会館内 電話番号 0744-29-8326 受付時間 8:30～17:15

11 非常災害対策

- ・ 事業所は、防火管理について責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。
- ・ 事業所は、防災計画に基づき、年 2 回、利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。

12 サービスの提供に当たって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、第一号通所事業の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した「介護予防通所介護計画書」を作成します。なお、作成した「介護予防通所介護計画書」は、利用者又は家族にその内容の説明を行い、同意を得た上で交

付いたしますので、ご確認いただくようお願いします。

- (4) サービス提供は「介護予防通所介護計画書」に基づいて行います。なお、「介護予防通所介護計画書」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 通所介護員等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供に当たっては、利用者等の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

1 3 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。

虐待防止に関する責任者	管理職 藤本剛至
-------------	----------

- (2) 苦情解決体制を整備しています。
- (3) 従業員に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (4) 介護相談員を受入れます。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（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 心身の状況の把握

第一号通所事業の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者等の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

1 5 居宅介護支援事業者等との連携

- (1) 第一号通所事業の提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「介護予防通所介護計画書」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

1 6 衛生管理等

- (1) 通所介護員等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。
- (2) 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。

17 第一号通所事業サービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) 提供予定の第一号通所事業の内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	提供時間帯	サービス内容						介護保険適用の有無	利用料	利用者負担額
		食事提供	生活機能向上加算	口腔機能向上加算	半日入浴加算	送迎	入浴			
月	～								円	円
火									円	円
水									円	円
木									円	円
金									円	円
土									円	円
1週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額									円	円

(2) その他の費用

① 送迎費の有無	（有・無の別を記載）サービス提供1回当たり…（金額）
③ キャンセル料	重要事項説明書4－（3）記載のとおりです。
④ 食事の提供に要する費用	重要事項説明書4－（2）記載のとおりです。
⑤ おむつ代	重要事項説明書4－（2）記載のとおりです。
⑥ 日常生活費	重要事項説明書4－（2）記載のとおりです。

(3) 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	円
----------	---

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヶ月以内とします。

18 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

上記内容について、社会福祉法第78条において、「社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない」と記載に基づき、利用者に説明を行いました。

19 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	奈良県桜井市大西780番地
	法人名	株式会社フジモト
	代表者名	代表取締役 藤本 省司
	事業所名	デイサービス藤の花
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受け、その内容に同意しました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	