

(別紙1)

指定通所介護
デイサービス「ときの森」
重要事項説明書

1 指定通所介護事業者及び指定介護予防通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	三宅株式会社		
代表取締役	三宅 茂		
所在地・連絡先	〒 639-2200 奈良県御所市84番地 TEL 0745-62-2151 FAX 0745-64-2158		

2 事業所の概要

(1)事業所名称及び事業所番号

事業所名	デイサービス ときの森		
所在地・連絡先	〒 639-2200 奈良県御所市84番地 TEL 0745-64-2151 FAX 0745-64-2158		
事業所番号	2970800310		
管理者氏名	三木福子		
利用定員	45名 (最大定員45名)		

(2)事業所の職員体制

従業者の職種	人数	区分		備考
		常勤	非常勤	
管理者	1名	常勤 1名		
生活相談員	1名以上	常勤 1名以上		
介護職員	7名以上	常勤 7名以上		
看護職員	1名以上	常勤 1名以上		機能訓練指導員と兼務
機能訓練指導員	1名以上	常勤 1名以上		看護職員と兼務

3)職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	勤務時間帯(8:15～17:15)
生活相談員	勤務時間帯(8:15～17:15)
介護職員	勤務時間帯(8:15～17:15)
看護職員	勤務時間帯(8:15～17:15)
機能訓練指導員	勤務時間帯(8:15～17:15)
事務員等	勤務時間帯(8:15～17:15)

4)事業の実施地域

事業の実施地域	御所市、葛城市、五條市、橿原市、大和高田市、高取町、明日香村、香芝市、 広陵町
---------	--

* 上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

(5)営業日

営業日	サービス提供時間
月曜日～土曜日	8:30～17:10
営業しない日	日曜日、年末年始12月30日～1月3日

3 サービスの内容及び費用

(1)介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

サービス種類	サービス内容
食事	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に配慮した バラエティに富んだ食事を提供します。
入浴	入浴又は清拭を行います。
排泄	ご利用者の状況に応じて、適切な排泄の介助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の 低下を防止するよう努めます。
生活援助	利用者の生活面での援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎サービスの利用は任意です。 家族送迎の場合のサービスの開始・終了は施設玄関となります。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割(2割または3割)が利用者の負担額となります。

【料金表】

通所介護費

基 本 部 分 【 通常規模区分 】 利用回数毎		
①所要時間3時間以上4時間未満 (3時間以上4時間未満の場合 X70/100)	要介護 1	370円
	要介護 2	423円
	要介護 3	479円
	要介護 4	533円
	要介護 5	588円
①所要時間4時間以上5時間未満	要介護 1	388円
	要介護 2	444円
	要介護 3	502円
	要介護 4	560円
	要介護 5	617円
②所要時間5時間以上6時間未満	要介護 1	570円
	要介護 2	673円
	要介護 3	777円
	要介護 4	880円
	要介護 5	984円
②所要時間6時間以上7時間未満	要介護 1	584円
	要介護 2	689円
	要介護 3	796円
	要介護 4	901円
	要介護 5	1008円
③所要時間7時間以上8時間未満	要介護 1	658円
	要介護 2	777円
	要介護 3	900円
	要介護 4	1023円
	要介護 5	1148円
③所要時間8時間以上9時間未満 (9時間以上10時間未満 単位+50単位)	要介護 1	669円
	要介護 2	791円
	要介護 3	915円
	要介護 4	1041円
	要介護 5	1168円
(A) 若年性認知症利用者受入加算	利用者が対象の場合	60円
(B) サービス提供体制強化加算 (I)	勤続10年以上介護福祉士 25%以上	22円
(C) 介護職員等処遇改善加算 (I) 口		所定単位の120/1000
(D) 入浴加算 (I)	入浴介助を行った日	40円
(D) 入浴加算 (II)	入浴介助を行った日	55円
(E) 個別機能訓練加算 (I) イ 実施した日		56円
(E) 個別機能訓練加算 (I) ロ 実施した日		76円
(F) 口腔機能向上加算 (I) 実施した日 (月2回程度)		150円
(G) 口腔機能向上加算 (II) 実施した日 (月2回程度)		160円
(H) 認知症利用者受入加算	利用者が対象の場合	60円
(I) 中重度ケア体制加算 全利用者対象		45円
(J) 送迎減算	施設送迎をしなかった時	-47円
(K) 個別機能訓練加算 (II) /月		20円
(L) 科学的介護推進体制加算 /月		40円
(M) ADL維持等加算 (I) /月		30円
(M) ADL維持等加算 (II) /月		60円

1回

1日につき

1回につき

1月につき

1ヶ月の介護保険利用料＝

介護度の基本部分 + (A) + (B) + (C) + (D I または II) + (M I または II) + (E イ または ロ) × 利用回数 + (K) + (L)

(G) 月2回までの算定

(H)～(J) 対象者のみ

介護予防通所介護費（御所市）（令和6年10月より加算内容と料金が変更になりました）

基 本 部 分 （イ） + 加算部分（ロ～ト）

(イ) 介護予防通所介護費	要支援 1	2～4時間	4回まで1回につき269円	5回以上 1, 1 7 2 円	
		4時間以上	4回まで1回につき344円	9回以上 1, 4 7 2 円	
	要支援 2	2～4時間	8回まで1回につき277円	9回以上 2, 4 0 1 円	
		4時間以上	8/回まで1回につき355円	9回以上 3, 0 6 8 円	
(ロ) 生活機能向上グループ加算				1 0 0 円	1 ヶ月
(ハ) 入浴加算				4 0 円	1回につき
(ニ) 口腔機能向上加算 (Ⅰ)				1 5 0 円	1ヶ月
(ホ) 口腔機能向上加算 (Ⅱ)				1 6 0 円	
(ヘ) 選択的サービス複数 実施加算 (いずれか加算)	選択的サービス複数 実施加算 (Ⅰ)	運動機能+栄養改善	4 8 0 円		
		運動機能+口腔機能	4 8 0 円		
		栄養改善+口腔機能	4 8 0 円		
		選択的サービス複数実施加算 (Ⅱ)	運動+栄養+口腔	7 0 0 円	
(ト) 事業所評価加算				1 2 0 円	
(チ) サービス提供 体制強化加算	体制強化加算 (Ⅰ) 10年以上介護福祉士25%	要支援 1	8 8 円		
		要支援 2	1 7 6 円		
(リ) 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) ロ		所定単位の 1 2 0 / 1 0 0 0 加算			
(ヌ) 科学的介護推進体制加算				4 0 円	

1 ヶ月の介護保険利用料＝

介護度の費用（定額/月間） (イ) + (ロ) か (ハ) + (チ) + (リ) + (ヌ) + 【(ニ) ～ (ト) のうち該当するもの】

介護予防通所介護費（高取町）

基 本 部 分 （イ） + 加算部分（ロ～ト）

(イ) 介護予防通所介護費	要支援 1	4回まで1回につき436円	5回以上 1, 7 9 8 円	1 ヶ月
	要支援 2	8回まで1回につき447円	9回以上 3, 6 2 1 円	
(ロ) 生活機能向上グループ加算			1 0 0 円	
(ハ) 口腔機能向上加算 (Ⅰ)			1 5 0 円	
(ニ) 口腔機能向上加算 (Ⅱ)			1 6 0 円	
(ホ) 事業所評価加算			1 2 0 円	
(ヘ) サービス提供 体制強化加算	体制強化加算 (Ⅰ)	要支援 1	8 8 円	
	10年以上介護福祉士25%	要支援 2	1 7 6 円	
(ト) 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) ロ		所定単位の120／1000加算		
(チ) 科学的介護推進体制加算			4 0 円	

1 ヶ月の介護保険利用料＝

介護度の費用（定額/月間） (イ) + (ニ) + (ヘ) + (ト) + (チ) + 【(ロ) (ホ) のうち該当するもの】

- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額がご利用者の自己負担になりますのでご相談下さい。
- ・利用時間帯により、食事が提供できない場合があります。
- ・利用時間帯により、入浴サービスが提供できない場合があります。

(2)介護保険給付対象外サービス (ご利用毎にいただきます。)

朝食費	350円	日用品費	100円
昼食費	750円		
夕食費	820円		

*特別食(糖尿食・減塩食・ミキサー)は昼・夕食とも850円です。

*昼食費にはおやつ代が含まれています。

(3)その他の費用(一例として)

リハビリパンツ代	170円	ガーゼ代	40円
オムツ代	170円	包帯代	60円
パット代	60円	使い捨てヒゲソリ	60円

*その他、通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、ご利用者に負担頂くことが適当と認められる費用はご利用者の負担となります。

(4)レンタルその他

入浴タオルセット	100円	入浴希望で、タオルをお持ちでない方にレンタルいたします。
----------	------	------------------------------

理容サービス	2,000円/回	外部委託
個別ヨガレッスン	1,000円/月	毎火曜日 10:30~
特別教養娯楽費	実費	個人的にご希望があれば、実費でさせていただきます。

※実費のものにつきましては、物価・業者等の事情でお断りすることなく料金の変動する場合があります。

※サービス料金は国の基準で変更する場合があります。

※体調不良時のサービス途中終了について(契約書第8条2)

体調不良によりサービス利用を途中終了した場合であっても、通所介護計画上の時間単位数で算定させていただきます。

当日利用を途中終了しても、昼食のキャンセルが間に合わない場合、昼食費はいただきます。

利用キャンセルの場合当日午前10時までにキャンセルのご連絡をお願いいたします。

※1ヶ月の料金計算方法

共通サービス + 選択サービスなど + 食費+教養娯楽日用品費

(4)利用料のお支払い方法

毎月10日までに前月分利用料の請求書及び明細書を送付いたします。原則としてお支払いは金融機関のご利用者又はご家族様名義の口座より毎月15日(ゆうちょ銀行の場合)、20日(南都銀行の場合)に引き落としをさせていただきます。

* 口座名義者がお亡くなりになった場合や残高不足により引き落としができない場合は、直接施設窓口にてお支払いいただきます。

* 口座引落につきましては、原則として領収書は発行いたしません。

4 事業所の特色

(1)基本方針

デイサービスときの森は、ご利用者が可能な限り、その居宅において、その持つておられる能力に応じ自立した日常生活を営んでいただけるよう、必要な日常生活上のお世話及び機能訓練を行っていくことにより、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るを方針とします。

(2)運営方針

- 1 デイサービスときの森は、指定通所介護及び指定介護予防通所介護を提供するにあたり、介護保険法並びに関係する厚生労働省告示の主旨及び内容に沿ったものとします。
- 2 デイサービスときの森は、ご利用者の人格を尊重し、常にご利用者の立場に沿ったサービスに努めると共にご利用者及びそのご家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画及び介護予防通所介護計画を作成することにより、ご利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- 3 デイサービスときの森は、ご利用者又はそのご家族に対しサービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明させていただきます。
- 4 デイサービスときの森は、適切な介護技術を持ってサービスを提供いたします。
- 5 デイサービスときの森は、常に提供させていただいたサービスの質の管理、評価を行います。
- 6 デイサービスときの森は、居宅サービス計画が作成されている場合、当該計画に沿った通所介護を提供いたします。
- 7 デイサービスときの森は、ご利用者又はそのご家族からサービス提供記録の開示を求められた場合、ただちにこれに応じます。

(3)その他

事項	内容
通所介護計画、介護予防通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、ご利用者の希望を踏まえて、通所介護計画、介護予防通所介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面に記載してご利用者又はご家族に説明のうえ交付します。
従業員研修	随時、サービスの資質向上のための研修を実施します。

5 緊急時及び事故発生時における対応方法

サービス提供中に、病状の急変・事故などあった場合、速やかに緊急連絡先(ご家族)へ連絡します。かかりつけ医療機関等で受診して下さい。また、緊急を要する場合には申し込み時にご指定いただいた医療機関へ救急搬送させていただきます。その場合は、ご家族に搬送先までお越しいただきますようお願いいたします。

6 施設内での安全管理とマナーに関する遵守事項

ご利用者様への安全で円滑なサービス提供のため、以下の事項の厳守をお願いいたします。

(1) 録音・録画・撮影の禁止(プライバシー保護)

- ・施設内(送迎車内含む)での許可のない録音・録画・写真撮影は、他の利用者様および職員のプライバシー保護のため、固くお断りいたします。
- ・データの無断使用やSNS等への投稿により損害が生じた場合、当事者間での解決をお願いいたします。

(2) 貴重品・所持品の自己管理(紛失等の免責)

- ・多額の現金や貴金属の持参はご遠慮ください。
- ・持ち物の紛失・破損については、当施設では一切の責任を負いかねます。
- ・すべての持ち物には、必ず名前を明記してください。

(3) 健康状態の事前申告

- ・サービス利用前の発熱、感染症の疑い、外傷等は、必ず利用開始前に職員へお申し出ください。
- ・虚偽の申告や未報告により他者へ被害が及んだ場合、責任を問わせていただく場合がございます。

(4) 暴力・ハラスメント行為の禁止

- ・他のご利用者様や職員に対する暴力・暴言・威嚇・セクシャルハラスメント・強引は勧誘等は一切禁止します。
- ・これらの行為が認められた場合、即座にサービスを中止し、今後の利用をお断り(契約解除)する場合がございます。

(5) 指示・誘導への協力

- ・災害時や緊急時、および安全確保のための職員の指示には、速やかに従ってください。
- ・指示に従わないことによる事故やけがについては、責任を負いかねる場合がございます。

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所相談窓口	受 付 : 生活相談員又は事務員 苦情解決責任者 : デイサービス管理者 三木 福子 受 付 時 間 : 9:00~17:00 面 接 場 所 : ご自宅又は当施設相談室 苦 情 箱 : 玄関風除室内に設置
電話 0745-64-2151	

* 下記の機関にも苦情相談が行えます。

御所市役所 高齢対策課	住所 御所市1-3 TEL 0745-62-3001 FAX 0745-62-5425
奈良県社会福祉協議会内 運営適正化委員会	住所 橿原市大久保町320-11 TEL 0744-29-1212 FAX 0744-29-1212
奈良県国民健康保険団体連合会 介護保険課指導相談係	住所 橿原市大久保町302-1 TEL 0744-29-8326 フリーダイヤル 0120-21-6899
第三者委員	赤塚隆男 奈良県御所市76番地の1 西山昇 奈良県御所市元町493-66 仲林参代 奈良県御所市741-4番地

8 非常災害時の対策

- (1) 防火計画により、利用者の避難訓練誘導等、安全確保に十分な対応を行うものとする。
- (2) 防火訓練計画により年1回の訓練の実施とともに、日常防火、点検を行うものとする。

9 協力医療機関

医療機関の名称	吉村診療所
医師名	吉村 緑
所在地	奈良県御所市1347番地
電話番号	0745-62-2037
診療科	内科

9-1 サービスの第三者評価の実施状況について

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す。

実施の有無	有 ・ (無
実施した直近の年月日	年 月 日
第三者評価機関名	
評価結果の開示状況	有 ・ 無

附則 この規定は、平成17年2月1日より施工する。
 変更後の 2 の規定は平成17年8月1日より施工する。
 変更後の 2 の規定は平成17年10月1日より施工する。
 変更後の 1、2、3、4 の規定は平成18年4月3日より施工する。
 変更後の 3の規定は平成19年4月1日より施工する。
 変更後の3の規定は平成21年4月1日より施工する。
 変更後の2の規定は平成21年6月1日より施工する。
 変更後の1、2(2)、3(2)の規定は平成22年4月1日より施工する。
 変更後の2(2)の規定は平成22年7月13日より施工する。
 変更後の3(1)の規定は平成23年4月1日より施工する。
 変更後の3(1)の(イ)の規定は平成23年5月1日より施工する。
 変更後の3の(イ)の規程は平成25年4月1日より施工する。
 変更後の2(5)、3(2)、3(3)、3(4)の規程は平成26年5月1日より施工する。
 変更後の2(1)、2(4)、3(3)、3(4)の規程は平成28年年9月1日より施工する。
 変更後の3(1)、の規程は平成30年年4月日より施工する。
 変更後の3(2)、(4)の規定は令和4年9月1日より施行する。
 変更後の2.6の規定は令和6年10月1日より施行する。
 変更後の6の規定は令和8年3月17日より施行する。
 変更後の2(1)、7の規定は令和8年3月21日より施行する。
 変更後の3(2)の規定は令和8年5月1日より施行する。
 変更後の2(5)の規定は令和8年6月1日より施行する。

指定通所介護(デイサービス)・指定介護予防通所介護(介護予防デイサービス)

利用同意書

〈説 明 日〉 年 月 日

〈事 業 者〉

三宅株式会社

代表取締役 三 宅 茂

〈施設名称等〉

〒639-2211 奈良県御所市84番地

 デイサービス ときの森

TEL 0745-64-2151 FAX 0745-64-2158

〈説 明 者〉

⑩

指定通所介護、指定介護予防通所介護「デイサービスときの森」を利用するにあたり、利用契約書及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者より説明を受け、これら十分に理解した上で、本書にて同意いたします。

〈利 用 者〉

住 所

氏 名

⑩

(*ご本人様による同意が困難な場合は、以下の代理人の方の署名捺印をお願いします。)

〈代 理 人〉

住 所

氏 名

⑩