

デイサービスセンターるうてる通所介護サービス重要事項説明書

お客様が利用を予定しておられる通所介護（デイサービス）について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。

1. 通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人るうてるホーム
代表者氏名	理事長 大柴 譲治
所在地	〒575-0002 大阪府四條畷市岡山五丁目19番20号
連絡先	電 話：072-878-9371 F A X：072-878-5293

2. お客様への通所介護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	デイサービスセンターるうてる
事業所番号	2775700145（平成11年11月15日指定）
所在地	〒575-0002 大阪府四條畷市岡山五丁目19番20号
連絡先 相談担当者名	電 話：072-878-0686 F A X：072-878-5293 生活相談員：中島 香奈、坂本 いづみ、松下 弘志
通常の事業実施地域	四條畷市 大東市 寝屋川市 交野市 門真市
定員	35名

(2) 目的・運営方針

目的	要介護状態になった場合においても、お客様が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ケアや機能訓練、レクリエーション、創作活動等を行うことにより、お客様の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持並びにご家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。
方針	①お客様の意思および人格を尊重し、常にお客様の立場に立ったサービスの提供に努めます。 ②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契約の定めに基づき、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るよう努めます。

(3) 事業所窓口の営業日および営業時間

営業日	月～土曜日（定休日：日曜日、1月1日）
営業時間	午前8時30分～午後5時45分
サービス提供時間	午前9時00分～午後5時00分

(4) 事業所の職員体制

管理者	舘娃 和典
-----	-------

職種	職務内容	人員数
生活相談員	お客様の相談や利用計画、日程、プログラム等のサービス調整、個別サービス計画の作成を行います。	1名以上
介護職員	お客様の日常生活（入浴、食事、排せつ等）の支援を行うとともに、レクリエーションを実施します。	5名以上
看護職員	お客様の健康管理、医療との連携支援を行います。	1名以上
機能訓練指導員	通所介護計画をもとに、能力に応じて日常生活訓練を行います。	1名以上

3. 提供するサービスの内容および費用について

（1）提供するサービスの内容について

- ① 相談援助
- ② 通所介護計画の作成
- ③ 送迎サービス
- ④ 健康状態の確認
- ⑤ 日常生活上のケア（食事、入浴、排せつ、移動等に係る支援）
- ⑥ 機能訓練
- ⑦ 介護方法や栄養改善、口腔機能向上等に関する助言

（2）通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員が行う診療の補助行為を除く）
- ② お客様またはご家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ お客様またはご家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他お客様の行動を制限する行為（お客様または第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

（3）提供するサービスの利用料金（介護保険適用分の利用者負担額）

「介護保険負担割合証」の記載に基づき、1割～3割負担となります。負担割合は、所得により決まります。

※介護保険給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせて、お客様の負担額を変更致します。

（通常規模型通所介護）

提供時間	3～4時間			4～5時間			5～6時間		
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
要介護1	390円	780円	1,170円	409円	818円	1,227円	601円	1,202円	1,803円
要介護2	446円	892円	1,338円	468円	936円	1,404円	710円	1,419円	2,128円
要介護3	505円	1,010円	1,515円	530円	1,059円	1,588円	819円	1,638円	2,457円
要介護4	562円	1,124円	1,686円	591円	1,181円	1,771円	928円	1,855円	2,783円
要介護5	620円	1,240円	1,860円	651円	1,301円	1,951円	1,038円	2,075円	3,112円

提供時間	6～7 時間			7～8 時間		
負担割合	1 割	2 割	3 割	1 割	2 割	3 割
要介護 1	616 円	1,231 円	1,847 円	694 円	1,387 円	2,081 円
要介護 2	727 円	1,453 円	2,179 円	819 円	1,638 円	2,457 円
要介護 3	839 円	1,678 円	2,517 円	949 円	1,898 円	2,846 円
要介護 4	950 円	1,900 円	2,849 円	1,079 円	2,157 円	3,235 円
要介護 5	1,063 円	2,125 円	3,188 円	1,210 円	2,420 円	3,630 円

※地域加算：10.54

※所要時間が2時間以上3時間未満の場合は、4～5時間の70％に相当する額をいただきます。

該当	加算名	利用者負担額			要件等
		1 割	2 割	3 割	
	入浴介助加算Ⅰ	43 円	85 円	127 円	研修受講した職員による入浴サービス提供
	入浴介助加算Ⅱ	58 円	116 円	174 円	自宅環境を踏まえ個別計画に基づき入浴サービス提供
	個別機能訓練加算Ⅰ1 (該当者のみ)	59 円	118 円	177 円	個別計画作成、機能訓練指導員1名以上配置
	個別機能訓練加算Ⅰ2 (該当者のみ)	81 円	161 円	241 円	個別計画作成、機能訓練指導員2名以上配置
	個別機能訓練加算Ⅱ (該当者のみ・月1回)	21 円	42 円	63 円	利用者情報を厚生労働省へ提出
	認知症加算 (該当者のみ)	64 円	127 円	190 円	認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ以上の方15%以上
	口腔機能向上加算Ⅱ (該当者のみ・最大月2回)	169 円	338 円	506 円	個別計画作成、看護職1名以上配置
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	24 円	47 円	70 円	勤続年数10年以上の介護福祉士25%以上配置
	中重度ケア体制加算	48 円	95 円	143 円	要介護3以上の方30%以上、専従看護職1名以上配置
	科学的介護推進体制加算 (月1回)	43 円	85 円	127 円	利用者情報を厚生労働省へ提出
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ*	総単位の9.2%			介護職員等の雇用環境改善
	同一建物減算	-99 円	-198 円	-297 円	同一敷地建物内の入居者が利用する場合
	送迎減算	-50 円	-99 円	-149 円	送迎を行わない場合、片道につき

*「介護職員等処遇改善加算Ⅰ」は2024年6月からの算定です。2024年4・5月は、「介護職員等処遇改善加算Ⅰ（5.9%）」、「介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（1.2%）」「介護職員等ベースアップ等支援加算（1.1%）」が算定されます。

(4) 介護保険の給付対象外の方のご利用につきましては、全額実費の利用料金をいただきます。

(5) その他の費用について（保険適用外）

食事代	1食 750円（利用料金と併せて請求いたします）
材料費 おむつ代等	プログラムの内容により、材料代等の実費をいただくことがあります。 おむつ代、写真代等は、必要時に別途実費をご請求します。（現金持参の上お支払いください）

(6) 通所介護サービス内容の見積りについて

このサービス内容の見積もりは、居宅サービス計画に沿って、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。

（あなたの介護度は要介護 〇 です）

① 提供予定の通所介護サービスの内容と利用料金（介護保険適用分の利用者負担額）

曜日	提供時間帯	サービス内容										利用者負担額 （割）	食事代 （保険外）
		基本	加算 入浴介助	加算 機能訓練	加算 認知症	加算 口腔機能	加算 提供体制	ケア加算 中重度者	科学的介護 推進加算	減算 同一建物	送迎減算		
	：～：											円	650円
1日あたりの利用料、利用者負担額（見積り）合計額												円	

※別途、上記金額に「介護職員等処遇改善加算Ⅰ（9.2%）」が算定されます。

② 1か月あたり（ 〇 回）のお支払い額 ※ 4週で計算

お支払額の目安	円
---------	---

※ここに記載した金額は、この見積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。

※この見積りの有効期限は、説明の日から1ヶ月とします。

(7) 利用料金、その他の費用の請求および支払い方法について

利用料の請求	ア. 利用料金、その他の費用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. 請求書は、利用月の翌月にお客様にお届けします。
利用料の支払い	ア. 請求月の翌月末までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。 ①現金支払い ②指定口座よりの月毎引き落とし 利用月の翌月27日 （27日が土日祝日の場合は翌金融機関営業日） 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、保管をお願いします。

4. 利用の中止・変更・追加

- (1) サービス利用中止（お休み）の際は、できるだけ前日午後2時までにご連絡ください。
- (2) サービスの変更・追加については、ご相談をお受けし、介護支援専門員と調整いたします。

5. 緊急時の対応について

サービス提供中にお客様に体調や容体の急変、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ご家族等へ連絡を行うなど、必要な措置を講じます。

主治医	医療機関名称	
	医師名	
	所在地および電話番号	
ご家族等	緊急連絡先のご家族等	(続柄)
	住所および電話番号	

6. 事故発生時の対応について

事故発生時の対応	(1) 当事業者がお客様に対して行うサービス提供により事故が発生した場合、速やかにお客様のご家族に連絡し必要な措置を講じます。 (2) 必要時には、関係機関および保険者等に連絡を行います。 (3) 賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。 (4) 同様な事故が繰り返されないように、職員全体で事故の発生原因から対応までを共有します。
----------	---

7. 秘密の保持と個人情報の保護について

お客様及びご家族に関する秘密の保持	(1) 当事業所は、サービス提供をする上で知り得たお客様及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。 (2) この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護	(1) お客様に安心して利用していただくため、関係機関（保険者・医療機関・他のサービス事業者等）との情報共有が必要な場合があります。当ホームは、お客様およびご家族に「個人情報使用同意書」で同意を得ないかぎり、サービス担当者会議等において、お客様およびご家族の個人情報を用いません。 (2) 当事業所は、お客様およびご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、管理者の責任をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。 (3) サービス担当者会議については、出席者の状況などによりオンラインで行う場合があります。この場合、セキュリティソフトなどにより不正アクセスを防止する等、個人情報保護のための対策を講じます。 (4) 事業者が管理する情報については、お客様の求めに応じてその内

	容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅延なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合はお客様の負担となります。） （５）お客様に緊急の事態が発生し、必要な場合には、医療機関にお客様の心身等の情報を提供します。
--	--

8. 虐待防止について

虐待防止	当事業者はお客様の人権を守り、虐待を防ぐために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。 （１）虐待の防止に関し、管理者が責任を持ちます。 （２）成年後見制度の利用支援を行います。 （３）研修等を通じ、職員の人権意識や知識・技術の向上に努めます。 （４）虐待防止指針を定めると共に、虐待防止対策を検討する委員会を設置しています。 （５）職員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、職員がお客様等の権利擁護に取り組めるよう環境整備に努めます。
------	---

9. 身体拘束等の禁止について

身体拘束等の禁止	当事業者はお客様の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他お客様の行動を制限する行為を行いません。事業所において次の措置を講じます。 （１）身体拘束等の禁止について検討する委員会を開催（年１回以上）し、その内容について共有します。 （２）身体拘束等に関する指針を整備します。 （３）定期的な研修を行います。
----------	--

10. 非常災害対策について

非常災害対策	① 当事業者は、災害対策に関する担当者（防火管理者）を定め、非常災害対策に取り組みます。 ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報および連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。 ③ 年２回、避難、救出、その他必要な訓練を行います。
--------	---

11. 業務継続計画の策定について

業務継続計画の策定	感染症や非常災害の発生時に、当事業者がお客様へのサービス提供を継続できるよう次の措置を講じます。 （１）業務継続計画を策定します。 （２）職員に対して業務継続計画を周知すると共に、研修及び訓練を実施します（年１回以上）。 （３）定期的に業務継続計画の見直しを行います。
-----------	--

1 2. 衛生管理等について

衛生管理等	職員の清潔保持及び健康状態の管理を行うと共に、事業所の設備及び備品等の衛生管理に努めます。 また、感染症の発生予防及びまん延防止のため、下記の対策を講じます。 (1) 感染症対策を検討する委員会を6ヶ月に1回以上開催します。 (2) 感染症対策の指針を整備します。 (3) 職員に対して定期的に研修及び訓練を行います。
-------	--

1 3. 心身の状況の把握

心身の状況の把握	サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者等が開催するサービス担当者会議等を通じて、お客様の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービスまた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 4. 居宅介護支援事業者等との連携

居宅介護支援事業者等との連携	(1) サービスの提供にあたり、居宅介護支援事業者等及び保健医療サービスまた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「通所介護計画」の写しを、お客様の同意を得た上で居宅介護支援事業者等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は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者等に送付します。
----------------	--

1 5. サービス提供の記録

サービス提供の記録	(1) サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は契約終了の日から5年間保存します。 (2) お客様は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
-----------	--

1 6. サービス利用にあたっての留意事項

サービス利用の留意事項	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) 原則として食品の持ち込みはお控えください。 (2) 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。 (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または当事業所の担当者へご連絡ください。 (4) 共用施設、敷地は本来の用途に従って利用してください。 (5) 受動喫煙を防ぐため、敷地内での喫煙はお控えください。 (6) 故意または過失により必要となった備品や設備の修繕に要する費用は、契約者（お客様、ご家族）が負担するものとします。事業所は、契約者に通知の上、必要な修繕を行います。
-------------	--

	(7) 他のお客様や職員に対し、迷惑となるような宗教活動、政治活動、営利活動などをご遠慮ください。
--	---

17. 相談・苦情について

相談・苦情の受付	(1) 相談・苦情があった場合は、お客様の状況を詳細に把握するため、必要に応じて訪問し、状況確認をします。お客様の立場を考慮しながら、事実関係の特定を行います。 (2) 把握した状況を管理者と共に検討し、当面及び今後の対応を決定します。必要に応じ、関係者へ連絡調整します。 (3) お客様へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する場合は、その旨を翌日までには連絡します)
苦情受付窓口	当事業者への苦情は、以下の窓口で受け付けます。 デイサービスセンターるうてる 苦情受付責任者：中島 香奈、坂本 いづみ 苦情解決責任者：管理者 颯娃 和典 電話番号 072-878-0686 FAX 072-878-5293 受付時間 月～土曜 9時00分～17時00分

18. その他の相談・苦情窓口

市（保険者）の窓口	四條畷市健康福祉部高齢福祉課 所在地 575-8501 四條畷市中野本町1番1号 電話 072-877-2121（代表） FAX 072-863-6601（直通） 受付時間 午前8時45分～午後5時15分（土日祝は休み）
大阪府の窓口	大阪府福祉部高齢介護室介護事業者課居宅グループ 所在地 〒540-8570 大阪府大阪市中央区大手前二丁目 電話 06-6944-7099 FAX 06-6910-7090 受付時間 午前9時～午後5時（土日祝は休み）
公的団体の窓口	大阪府国民健康保険団体連合会介護保険室 所在地 540-0028 大阪府大阪市中央区常盤町一丁目3番8号 中央大通F.Nビル内5階 電話 06-6949-5418 FAX 06-6949-5417 受付時間 午後9時～午後5時（土日祝は休み）

19. 第三者評価の実施状況について

実施の有無	有
実施した直近の年月日	2019年1月23日
実施した評価機関の名称	大阪府社会福祉協議会
評価結果の開示状況	開示

20. 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

サービス提供の開始に伴い、上記内容についてお客様に説明を行いました。

事業所 所在地 大阪府四條畷市岡山五丁目19番20号
事業所名 デイサービスセンターるうてる
管理者 颯娃 和典

説明職者 _____

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

お客様	住所	
	氏名	(代筆者 氏名 続柄)
代理人	住所	
	氏名	続柄 ()

2025.4.1 更新