

令和 8 年 8 月 1 日改定

重要事項説明書

通 常 規 模 型 通 所 介 護

社会福祉法人カトリック聖ヨゼフホーム

サンタ・マリア

この度は、サンタ・マリア通常規模型通所介護サービスをご利用いただき、誠に有難うございます。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたい事項につきまして次のようにご説明させていただきます。

1. 事業者の概要

法 人 名	社会福祉法人カトリック聖ヨゼフホーム
法 人 所 在 地	奈良市朱雀4丁目3番地10
電 話 / ファックス	0742 (71) 7733 / 0742 (71) 6272
代 表 者 氏 名	理事長 清 富 洋 三
設 立 年 月 日	昭和36年12月5日

2. 事業所の概要

事 業 所 の 種 類	指定通常規模型通所介護事業所
事 業 所 の 名 称	サンタ・マリア
事業所の所在地	奈良市朱雀4丁目3番地10
電話/ファックス	0742 (71) 7733 / 0742 (71) 6272
管 理 者 氏 名	福 井 豊 子
指 定 番 号	2970100414
開 設 年 月	平成3年10月

3. 事業の目的

要介護の状態にある高齢者に入浴・食事など日常生活上の介助及び機能訓練、アクティビティ、送迎などのサービス提供を行うことを目的とします。

4. 運営方針

- (1) ご利用者の心身の状態を的確に把握し相談援助、機能訓練等、その他必要なサービスをご利用者の希望に沿って適切に提供し自立した日常生活ができるよう支援します。
- (2) 事業の実施にあたり関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

5. 事業実施地域及び営業時間

事 業 実 施 地 域	奈良市（平城東、平城西、平城、若草の各中学校区域）、木津川市（旧木津町地域）、京都府相楽郡精華町 *一部地域で送迎サービスが提供できない場合がありますので事前にご相談下さい。
営 業 日	1月1日～3日を除く月曜～土曜
営 業 時 間	8：00 ～ 18：00（送迎時間含む）
サービス提供時間	8：30 ～ 17：30

6. 定員

利用定員は1日あたり35名です。（指定通所介護及び指定介護予防・日常生活支援総合事業第1通所事業を含めた人数です。）

7. 施設の概要

デイルーム 食事及び機能訓練等を行う場所となります
 浴室 一般浴室、特殊浴室がございます

送迎車両 リフト付車両、又は普通車両

8. 職員体制

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

【主な職員の配置状況】

管 理 者	1 名
生 活 相 談 員	1 名以上
介 護 職 員	5 名以上
看 護 職 員	1 名以上
機 能 訓 練 指 導 員	1 名（兼務）
管 理 栄 養 士	1 名（兼務）
事 務 職 員	1 名（兼務）

【職員勤務体制】

早 出	8：00～16：30
日 勤	8：30～17：00
日 勤	9：00～17：30
遅 出	9：30～18：00

9. 当事業所の提供するサービス（契約書第1条、3条参照）

- （1）事業者は、ご利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて「居宅サービス計画」（ケアプラン）に沿った「通所介護計画」を作成します。
- （2）事業者は、「通所介護計画」に沿って必要な援助を提供します。

《共通的服务》

①生活相談

在宅生活のなかでの問題、デイサービスご利用にあたっての問題など、ご利用者を取りまく様々な生活相談を承ります。

②アクティビティ

ご利用者の心身の状況や希望を踏まえた「通所介護計画」に沿って、各種のアクティビティ、文化教室を準備し機能低下を予防するとともに、日々の楽しみを提供します。

③介護サービス

ご利用者の心身の状況に応じて、移動、排泄、食事等について適切な介護及び支援を行います。

④介護方法の指導

ご利用者が在宅生活を継続できるよう、ご家族に対し、ご自宅での介護方法についての提案及び助言を行います。

⑤健康管理

利用時に体温・血圧・一般状態など健康チェックを行い健康管理に努めます。発熱、呼吸、持病の悪化など状態に応じて、かかりつけの医療機関への受診や自宅での療養をお勧めすることがございます。緊急時を除いて医療機関への搬送は、ご家族でお願いします。 * 受診に係る医療費は、直接医療機関にお支払下さい。

⑥送迎サービス

安全第一を心掛け特に乗降車時の介助、走行中の車酔いには万全の配慮をいたします。

又安全な送迎場所の確保、要介護度に応じて車椅子、リクライニング等を使用いたします。

⑦食事

栄養士の立てる献立により栄養並びに、ご利用者の身体状況、及び嗜好を考慮した食事を提供します。ご利用者の咀嚼、嚥下状態に合わせた食形態に対応いたします。

《選択的サービス》

⑧入浴

健康状態を確認し、安全で快適に入浴できるよう注意を払うとともに、身だしなみや清潔保持の自立を支援します。特殊浴槽ご利用の方には、清潔保持を基本に心身ともに癒される雰囲気づくりを心掛けます。

⑨個別機能訓練サービス

看護師等の指導により日常生活の動作を中心としたレクリエーションや体操を行い又、「通所介護計画」に基づく定期的なリハビリ指導や日常動作訓練を行って、在宅生活の充実と安定を支援します。

《その他のサービス》

⑩理髪サービス 理容師の出張による理髪サービスをご利用頂けます。

⑪美容サービス ご希望者には移動美容室によるカット、パーマをご利用頂けます。

10. 基本料金（契約書第4条、5条参照）

(1) サービス利用料金（1日あたり・負担割合が1割の場合）

（通常規模型通所介護 6時間以上7時間未満の場合）

単位：円

要介護度	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
サービス利用料金①	7,948	9,160	10,382	11,594	12,827
介護保険からの 給付額 ②	7,153	8,244	9,343	10,434	11,544
サービス利用に 係る自己負担額 (①－②)	795	916	1,039	1,160	1,283

（通常規模型通所介護 7時間以上8時間未満の場合）

単位：円

要介護度	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
サービス利用料金 ①	8,801	10,167	11,584	13,001	14,439
介護保険からの 給付額 ②	7,920	9,150	10,425	11,700	12,995
サービス利用に 係る自己負担額 (①－②)	881	1,017	1,159	1,301	1,444

（通常規模型通所介護 8時間以上9時間未満の場合）

単位：円

要介護度	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
サービス利用料金 ①	8,924	10,331	11,759	13,207	14,665

介護保険からの 給付額 ②	8,031	9,297	10,583	11,886	13,198
サービス利用に 係る自己負担額 (① - ②)	893	1,034	1,176	1,321	1,467

(2) サービス利用料金、各加算等に算定されるもの

※介護職員等処遇改善加算(Ⅰ口)	サービス利用単位に12%を乗じた額
科学的介護推進加算	月/40単位
中重度者ケア体制加算	日/45単位
サービス提供体制加算(Ⅰ)	日/22単位

■ 料金は、ご請求時の単位数で計算される為、端数が変わることがありますので、ご了承ください。

■ 負担割合については、所得に応じて2割または3割になることがあります。

(3) 各種加算料金

サービス利用料金に加えて該当者の方は、下記の加算料金が必要となります。

加 算	自己負担額	介護保険 1割負担
入浴介助加算(Ⅰ)	462円	47円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	647円	65円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	225円	23円
認知症加算	688円	69円
若年性認知症受け入れ加算	688円	69円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	225円	23円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	61円	7円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,838円	184円
ADL維持等加算(Ⅰ)	349円	35円
ADL維持等加算(Ⅱ)	688円	69円
送迎減算(送迎を行わない場合)	-544円	-55円

■ 上記加算料金には、(2) ※処遇改善加算算定分が含まれています。

■ その他の加算に関しては、必要時にご説明させていただきます。

(4) 介護保険の給付対象とならないサービスの利用料金

①昼食費 1日あたり 755円

* 敬老祭やクリスマスなどの行事食は別料金となります。

②おやつ代 1日あたり 90円

③ヤクルト代 1日あたり 40円

④教養娯楽費 1日あたり 20円

⑤理髪サービス 理容師の出張による理髪サービス 1,200円

⑥美容サービス 移動美容室による美容サービス

カット 2,530円・パーマ 4,730円

⑦お出 かけ 費

◎ 昼食を伴う場合 500 円

◎ 昼食を伴わない場合 300 円

* デイサービスから外食や、お買物などのお出かけに行かれた場合に申し受けます。

⑧レクリエーションや教室等の各種アクティビティ活動にかかる費用は実費となります。

⑨通常の事業の実施地域を超える場合の送迎料

通常の事業の実施地域を超えた地点から通常の走行経路における片道距離（1 km未満切り捨て）×100 円

(5) キャンセル料

容態の急変など緊急かつやむを得ない場合を除いて、ご利用者の都合によりサービスを取り消しされる場合は以下のキャンセル料を申し受けます。

◎ ご利用日の前日までにご連絡いただいた場合 無料

◎ ご利用当日にご連絡いただいた場合 755 円

(6) 料金の変更について

制度の改定、経済状況の著しい変化等の事情により、料金に変更になる場合があります。

11. サービス料金のお支払（契約書第 4 条参照）

サービス利用料金（自己負担分）のお支払は以下の手順となります。

①利用者は、サービスの対価として利用者単位毎の料金をもとに計算された月毎の合計額を支払います。

②事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月 20 日までにご利用者にお渡しします。

③お支払は、南都銀行又は郵便局から毎月 25 日に自動引き落としさせていただきます。他の支払方法をご希望の方はご相談下さい。

④事業者は、ご利用者から料金の支払を受けた時は、利用者に対し領収書を発行します。

12. サービスの利用に関する留意事項

(1) 必要書類

ご利用時には以下の書類が必要となります。

①利用申込書（事前にご記入下さい） 初回

②健康保険者証、又は後期高齢者医療被保険者証のコピー 初回と更新時

③高齢者医療受給者証のコピー 初回と更新時

④介護保険被保険者証のコピー 初回と更新時

⑤介護保険負担割合限度額認定証のコピー 初回と更新時

(2) ご利用時のお手持ち品について

①お手持ち品には、すべてお名前をご記入下さい。

②金銭、貴重品は、原則としてご利用者の責任において管理していただきます。

必要以上の金銭、貴重品の持ち込みについてはご遠慮ください。万が一、紛失・盗難にあっても当施設では責任を負いかねますのであらかじめご了承ください。

③食べ物（飴やお菓子類）の持ち込みはお控えください。あくまでもご自分で召し上がる分には構いませんが、ご利用者の中には糖尿病などで甘いものを制限されている方や、お菓子を食べたくても食事制限のため食べられない方がおられますので、隣席の方々に配られることのないようにお願いします。

④当施設において医薬品の処方などはできません。内服薬や外傷の処置に使用する軟膏、ガーゼ、テープ類等をご持参下さい。

⑤喫煙は可能ですので必要な場合は、ご持参の上お申し出下さい。喫煙は決められた場所をお願いします。

(3) 施設ご利用にあたっての留意事項

①施設内の設備、備品等は本来の用途に従ってご利用下さい。ご利用者の故意、又は過失により損害が生じた場合は、ご利用者の自己負担により現状に戻していただく場合があります。

②一般的なご利用の注意事項については契約書第9条をご参照下さい。

13. サービス提供の記録（契約書第7条参照）

事業者はサービス提供内容について記録を作成し、サービス提供の日から5年間保存します。

14. 守秘義務及び個人情報の保護（契約書第8条参照）

事業所及びすべての職員は、サービスを提供する上で知り得たご利用者、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。この秘密を保持する義務は、本契約が終了した後においても継続します。

事業者は、ご利用者から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議などにおいて、ご利用者及びご家族の個人情報を用いませぬ。

15. 緊急時の対応

①ご利用中の発熱などの体調不良あるいは持病が急変した場合、ご利用者のかかりつけ医に受診、又は指示をいただくことがありますので必ず緊急連絡先を3カ所と主治医の連絡先をご提示ください。（申込書にご記入ください。）

②ご利用の皆様様の心身状況を考慮して安全確保に努めますが、不慮の事態により緊急受診していただく場合がありますのでご了承ください。

16. 事故発生時の対応

事故発生時には、応急処置、及び緊急受診などの必要な処置を講じるほか、ご利用者のご家族、市町村に対して速やかに連絡を行うなどの措置を行い、賠償すべき事故が発生した時には速やかに損害賠償を行います。

17. 非常災害対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防火責任者	管理者
防災訓練	年2回消防訓練を実施します。
防火設備	自動火災通報装置、非常時通報装置、スプリンクラー、消火器など

18. 高齢者虐待の防止

ご利用者などの人権擁護・虐待の防止の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①研修などを通じて、すべての職員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- ②通所介護計画書の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③職員が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員がご利用者などの権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

19. ハラスメントへの対応

施設内に相談窓口を設けております。ハラスメント行為に対しましては必要な処置を講じます。

20. サービス提供の中止、終了（契約書第 12 条－17 条参照）

（1）サービス提供の中止

以下の事項に該当する場合は、サービス提供を中止することがあります。

- ①利用開始前及び利用中に体調不良な場合
- ②健康検査の結果、看護師により利用が困難と判断された場合
- ③重度の感染症の疑いがある場合
- ④施設内で重度感染症の陽性者を確認した場合
- ⑤他のご利用者への暴力行為や、大声、威嚇等の迷惑行為があった場合
- ⑥気象警報、流感、その他不可抗力により職員が人員不足になる等やむを得ない事情が発生した場合

（2）サービス提供の終了

ご利用者は終了希望日の 7 日前までに文書で通知することによってサービス提供を終了することができます。

以下の事項に該当する場合は、サービス提供は自動的に終了します。

- ①利用者が死亡した場合
- ②利用者が介護保険施設に長期入所した場合
- ③利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- ④その他契約書第 13 条の記載に該当する場合
- ⑤契約書第 15～16 条の記載に該当する事情により契約が中途解約、又は解除された場合

以下の事情に該当する場合は、サービス提供を終了する場合があります。

- ①サービス料金の支払が 3 ヶ月以上遅延し、1 ヶ月以上の期間を定めた催告にもかかわらず期間内に支払がされない場合
- ②事業者又はサービス従事者が、サービス提供を継続しがたいほどの背信的行為を利用者、利用者の家族等に受けた場合、やむを得ない事情により事業所を閉鎖、縮小する場合
- ③その他契約書第 17 条の記載に該当する場合

（3）サービス提供の中止に係る留意事項

都合によりサービスを中止される場合は、キャンセル料を請求させて頂く場合があります。10. サービス利用料金の（5）キャンセル料の項をご参照下さい。

21. 損害賠償（契約書第 10 条－11 条参照）

- (1) 事業者はサービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。
- (2) 事業者の責に帰すべき事由がない場合、特に以下のような場合には事業者は賠償責任を負いません。
 - ① 契約時に病歴等の必要な事項が故意、又は重大な過失によって告げられなかった、あるいは不実の告知がされた場合
 - ② サービスの実施にあたって必要な事項が故意、又は重大な過失によって告げられなかった、あるいは不実の告知がされた場合
 - ③ 利用者の急激な体調の変化等のサービスの提供を原因としない事由に起因して損害が発生した場合
 - ④ 利用者が、事業者又はサービス従事者の指示、依頼に反して行った行為に起因して損害が発生した場合

22. 苦情処理（契約書第 22 条参照）

(1) 事業所での苦情受付

事業者は、ご利用者からの相談・苦情等に対する窓口を設置し、通所介護に関するご利用者の要望、苦情等に対し迅速に対応します。

受付窓口	木村 太志（通所介護主任）
電話番号	0742（71）7733
受付時間	月曜～土曜 （9：00 ～ 17：30）

(2) 第三者委員

第三者委員が、ご利用者からの相談・苦情を受け付けます。

委員	高嶋 康伸
住所	奈良市東向北町 21-1 松山ビル 2 階 3 号
電話番号	090-4498-4689
委員	後藤 紀代美
住所	木津川市兜台 1-2-24-201
電話番号	090-9884-6882

(3) 行政機関その他の苦情受付機関

◎ 奈良市 介護福祉課 （奈良市役所内）

電話番号	0742（34）5422
ファックス	0742（34）2621
受付時間	土日祝を除く （9：00 ～ 17：00）

◎ 奈良県運営適正化委員会 （奈良県社会福祉協議会内）

電話番号	0744（29）1212
ファックス	0744（29）1212
受付時間	土日祝を除く （9：00 ～ 17：00）

◎ 奈良県国民健康保険団体連合会 介護苦情係

電話番号	0744（29）8326
ファックス	0744（29）8322

受付時間 土日祝を除く (9:00 ~ 17:00)

23. 第三者評価の実施状況

あり	実施日	令和 年 月 日
	評価機関名称	
	評価結果の開示	
なし		

通常規模型通所介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所名 サンタ・マリア

事業所所在地 奈良市朱雀4丁目3番地10

説明者 職名 _____

氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通常規模型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

利用者氏名 _____

契約者氏名 _____

(利用者との続柄)