

【重 要 事 項 説 明 書】

1、事業所の概要

(1) 事業所の名称等

事業所名	ライフアートコミュニティ佐保の里（デイサービスセンター佐保の里）
開設年月日	平成17年3月15日
所在地	〒630-8105 奈良市佐保台2丁目902-241
電話番号（FAX）	0742-70-5020（0742-70-5022）
管理者名	酒 井 賢 一
介護保険指定番号	2970102980

(2) 事業の目的と運営方針

事業の目的	利用者が可能な限りその居宅において、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、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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の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ることを目的とします。
事業運営の方針	利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

(3) 職員の体制（主たる職員）

職 種	員 数	業務内容
管理者	常勤（兼任） 1名	業務の管理及び職員等の管理を一元的に行う。
生活相談員	2名以上	利用者又はその家族の相談に応じ、助言その他援助を行う。
看護職員	2名以上	利用者に対し必要な援助、並びに日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練及び指導を行う。
機能訓練指導員	1名以上	機能回復訓練の計画及び実施、またその指導等を行う。
介護職員	8名以上	利用者に対して必要な援助を行う。

(4) 職員の勤務体制（主たる職員）

職 種	勤務体制	休 暇
管理者	日 勤（8：15～17：15）	4週8休
生活相談員	シフト制（7：45～18：15）	〃
看護職員・介護職員	〃	4週8休及び個々の契約による

(5) 利用定員及び営業日等

利用定員	50名
営業日	日曜日及び年末年始（12月30日～1月3日）を除く毎日
営業時間	午前8時00分～午後6時00分
サービス提供時間	午前9時00分～午後4時30分
通常の事業実施地域	奈良市（一部の東部地域を除く）、木津川市、精華町

ただし、家族の状況によりサービス提供時間の前後1時間の延長及び提供時間の変更も可能ですのでご相談ください。

2、提供するサービスの内容

事業者は、次の各号に定めるサービスを提供します。

- ①サービス計画の立案
- ②送迎
- ③健康チェック
- ④入浴、排泄、食事、着替え等の介助
- ⑤日常生活上の世話
- ⑥日常生活の中での機能回復訓練
- ⑦相談及び援助

※これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用代金をいただくサービスもありますので、具体的にご相談ください。

3、緊急時等における対応方法等

サービスの提供中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡、または下記医療機関と連携して緊急対応する等の措置を講じます。天災その他の災害が発生した場合には、必要によりサービス利用者の避難等の措置を講じます。

高の原中央病院 塩谷内科医院 いがらし整形外科
(主治医・家族等の連絡先は利用申込書にご記入ください)

4、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、市町村、家族、主治医及び居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、その事故が賠償すべきものである場合には、速やかに損害賠償を行います。

その他、通所者自らの行動や持病等が起因して起きた怪我等については、事業者は賠償の責任を負いかねます。

5、秘密保持

当事業所の従業者は、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するよう、また従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨、雇用契約の際に文書にて誓約しております。なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報

を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書によりお受けすることとします。なお、これに係る個人情報の利用目的は「個人情報の利用目的」のとおりです。

6、相談窓口・苦情対応

①サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

ご利用者相談窓口	電話番号	0 7 4 2 - 7 0 - 5 0 2 0
	F A X 番号	0 7 4 2 - 7 0 - 5 0 2 2
	相談員	酒井 賢一（杉本 裕子）
	対応時間	8 時 00 分～18 時 00 分

②公的機関においても、次の機関に苦情申出ができます。

市町村介護保険相談窓口 （奈良市役所介護福祉課） （奈良市役所福祉政策課）	所在地	奈良市二条大路南 1 - 1 - 1
	電話番号	（直通）0 7 4 2 - 3 4 - 5 4 2 2
	電話番号	（直通）0 7 4 2 - 3 4 - 5 1 9 6
奈良県国民健康保険団体 連合会	所在地	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	0 1 2 0 - 2 1 - 6 8 9 9

7、利用にあたっての留意事項

喫煙	喫煙は、定められた喫煙場所にてお願いします。
飲食物の持ち込み	飲食物の持ち込みに関しては、医師からの指示を受けておられる方以外、利用者の健康管理・衛生管理上、原則としてお断りしています。
金銭・貴重品の管理	原則として貴重品・金銭の持ち込みはご遠慮願います。万が一持ち込みがあった場合職員に申出下さい。事務所の保管庫でお預かりし預り証を交付します。申出がない場合は施設での責任を負いかねます。また、ご利用者同士での金銭の授受はご遠慮願います。
所持品の持ち込み	施設の構造上、最低限必要なものに限りさせていただきます。
謝礼、贈り物	当事業所では、ご利用いただく皆様方に余分な負担をおかけしないという趣旨から、謝礼、贈り物等については堅くお断りします。何卒ご理解いただきましてご協力いただきますようお願いいたします。
その他	サービスの提供を受けるにあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡して下さるようお願いいたします。

8、非常災害対策

防災設備	非常口、消火器、自動火災報知設備、 誘導灯及び誘導標識等
防災訓練	年2回以上（避難誘導、消火及び通報訓練）

9、禁止事項

当事業所では、多くの方に安心してご利用していただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

10、第三者機関による評価の実施状況

当事業所においては ISO9001 の認証を取得しております。

機関名：ビューローベリタスジャパン(株)

実施日：令和5年6月16日

結果の公表はしておりません。

11、その他

当事業に関する相談・要望、苦情等は何なりと担当者までお申し出ください。責任をもって対応させていただきます。

1 2、料金規定

通所介護サービス費（厚生労働大臣及び各市町村長の定める基準による）

（令和 7 年 5 月 1 日変更）

（1）通所介護費 事業所の規模（大規模型Ⅱ） ※1 回の利用料金（1 割負担の場合）

ご利用者 介護度	サービス 利用時間	基本料金 (単位)	各種加算 合計(単位)	合計 (単位)	利用料総額 (円) 合計単位×10.27	利用者負担金 10% (円)
要介護 1	3 時間以上 4 時間未満	345	209	554	5,689	569
	4 時間以上 5 時間未満	362	210	572	5,874	588
	5 時間以上 6 時間未満	525	225	750	7,702	771
	6 時間以上 7 時間未満	543	227	770	7,907	791
	7 時間以上 8 時間未満	607	232	839	8,616	862
	8 時間以上 9 時間未満	623	234	857	8,801	881
要介護 2	3 時間以上 4 時間未満	395	213	608	6,244	625
	4 時間以上 5 時間未満	414	215	629	6,459	646
	5 時間以上 6 時間未満	620	234	864	8,873	888
	6 時間以上 7 時間未満	641	235	876	8,996	900
	7 時間以上 8 時間未満	716	242	958	9,838	984
	8 時間以上 9 時間未満	737	244	981	10,074	1,008
要介護 3	3 時間以上 4 時間未満	446	218	664	6,819	682
	4 時間以上 5 時間未満	468	220	688	7,065	707
	5 時間以上 6 時間未満	715	242	957	9,828	983
	6 時間以上 7 時間未満	740	244	984	10,105	1,011
	7 時間以上 8 時間未満	830	252	1,082	11,112	1,112
	8 時間以上 9 時間未満	852	254	1,106	11,358	1,136
要介護 4	3 時間以上 4 時間未満	495	222	717	7,363	737
	4 時間以上 5 時間未満	521	225	746	7,661	767
	5 時間以上 6 時間未満	812	251	1,063	10,917	1,092
	6 時間以上 7 時間未満	839	253	1,092	11,214	1,122
	7 時間以上 8 時間未満	946	263	1,209	12,416	1,242
	8 時間以上 9 時間未満	970	265	1,235	12,683	1,269
要介護 5	3 時間以上 4 時間未満	549	227	776	7,969	797
	4 時間以上 5 時間未満	575	229	804	8,257	826
	5 時間以上 6 時間未満	907	259	1,166	11,974	1,198
	6 時間以上 7 時間未満	939	262	1,201	12,334	1,234
	7 時間以上 8 時間未満	1,059	273	1,332	13,679	1,368
	8 時間以上 9 時間未満	1,086	275	1,361	13,977	1,398

※各種加算額内訳

入浴加算（Ⅰ）40 単位、個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 56 単位、中重度者ケア体制加算 45 単位
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）22 単位、介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（所定単位数×9.0%）
地域区分 10.27 円

（２）第一号通所事業（通所型サービス）介護予防通所介護相当サービス

①奈良市の場合 1 ヶ月の料金（1 割負担の場合）

介護度	4 回まで 1 回当たり	上限単位	各加算（上限）	合計単位（上限）	利用者負担金
要支援 1（週 1 回程度）	436 単位/回	5 回以上 1,798 単位	258 単位	2,056 単位	2,112 円
要支援 2（週 2 回程度）	447 単位/回	9 回以上 3,621 単位	518 単位	4,139 単位	4,251 円

※上限単位以外は（1 回当たりの単位×回数＋各加算合計）×10.27 円

②木津川市・精華町の場合 1 ヶ月の料金（1 割負担の場合）

介護度	基本単位	各加算（上限）	合計単位	利用者負担金
要支援 1・要支援 2 （週 1 回程度）	1,798 単位/月	258 単位	2,056 単位	2,112 円
要支援 2 （週 2 回程度）	3,621 単位/月	518 単位	4,139 単位	4,251 円

※各種加算額内訳

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（要支援 1 88 単位/月、要支援 2 176 単位/月）、
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（所定単位数×9.0%）、地域区分 10.27 円

（３）その他の料金（介護保険の対象外）

区分	料金・内容等
食事・おやつ	食事代 800 円、おやつ代 100 円 ※前日正午以降のキャンセルは 400 円いただきます。
レクリエーション費	1 日 150 円
コーヒーチケット代	800 円（11 枚綴り）
紙パンツ等	紙パンツ（テープ式を含む）1 枚 100 円、パット 1 枚 50 円
トールペイント代	1 回 50 円
フラワーアレンジメント	1 回 1,000 円

※上記及びその他、利用者の選択により日常生活でかかる費用が必要となった場合は、
利用者又は家族に事前に文書でその内容と費用の額の説明を行い、支払に同意する旨
の署名をいただきます。

1 3、利用者の負担金及び支払方法

①提供サービスが介護保険の適用を受けた場合、利用料金の1割～3割をお支払い頂きます。(3)のその他の料金については、利用料金の全額をお支払い頂きます。

②月ごとの精算とし、毎月末で締め、翌月中頃に請求いたしますので、請求月の月末までに現金でお支払ください。なお、銀行口座振替をご利用の場合は、ご利用月の翌々月12日(銀行休業日は翌営業日)にご指定の銀行口座より引落させていただきます。

※ご利用代金の請求書と受領の際には領収書を発行いたします。また、口座振替ご利用の場合は請求書兼領収書を発行いたします。

1 4、利用の中止及び変更・追加

利用予定日の前にご契約者の都合により、通所介護サービスの中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、出来るだけサービス実施の前日までに事業者に出してください。

サービス利用の変更・追加の申出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する日・時間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議いたします。

個人情報の利用目的

ライフアートコミュニティ佐保の里では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

{事業所内部での利用目的}

- ・当事業所が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当事業所の管理運営業務のうち
 - ◇利用予定、実績等の管理
 - ◇会計・経理
 - ◇事故等の報告
 - ◇当該利用者の介護・医療サービスの向上

{他の事業者等への情報提供を伴う利用目的}

- ・事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ◇利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ◇利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ◇家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - ◇保険事務の委託
 - ◇審査支払機関へのレセプトの提出
 - ◇審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - ◇損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

{事業所の内部での利用に係る利用目的}

- ・事業所の管理運営業務のうち
 - ◇医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ◇事業所において行われる学生の実習への協力
 - ◇事業所において行われる事例研究

{他の事業者等への情報提供に係る利用目的}

- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - ◇外部監査機関への情報提供

個人情報の提供は利用目的の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には使用しないこと。また、サービス終了後においても第三者に漏らさないこと。

個人情報を使用した会議等の内容について、その経過を記録し請求があれば開示すること。

【通所介護サービス利用契約同意書】

以上、双方の合意を確認するため本書2通を作成し、利用者、ご家族及び事業者がそれぞれ記名捺印の上、それぞれ1通ずつ保有します。

令和 年 月 日

○通所介護（第一号通所事業）サービスの提供開始にあたり、「通所介護（第一号通所事業）利用契約書」及び「重要事項説明書」「個人情報の利用目的」に基づいて説明を行いました。

事業者	住 所	奈良市佐保台2丁目902番地241
	事業者名	株式会社ライフアートコミュニティ
	事業所名	ライフアートコミュニティ佐保の里 デイサービスセンター佐保の里
	管理者名	酒 井 賢 一 (印)

説明者氏名 _____ (印)

○私は、通所介護（第一号通所事業）サービスの提供を受けるにあたり、通所介護（第一号通所事業）契約書」及び「重要事項説明書」「個人情報の利用目的」に基づき説明を受け、これらを十分理解したうえで同意し契約いたします。

(利用者)

住所

氏名 _____ (印)

(TEL _____)

(代理人) 住所

氏名 _____ (印)

(本人との続柄 _____) (TEL _____)

(家 族) 私は、「重要事項説明書」「個人情報の利用目的」に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意いたします。

家族代表 住所

氏名 _____ (印)

(TEL _____)