

# 地域密着型通所介護・通所介護相当サービス 重要事項説明書

(令和 8 年 6 月 1 日)

## 1 事業者(法人)の概要

名称・法人種別	株式会社 南風 ・ 営利法人
代表者名	代表取締役 南田 高由
所在地・連絡先	620-0940 京都府福知山市駅南町 2 丁目 265 番地 TEL:0773-22-3306 FAX:0773-23-8639

## 2 事業所の概要

### (1) 提供できる地域密着型サービスと地域

事業所名	半日入浴特化型デイサービス 南風
所在地	京都府福知山市駅南町 2 丁目 265 番地
電話番号	0773-45-4611
FAX 番号	0773-23-8639
事業所番号	第 2692600295 号
管理者氏名	河田 幸子
サービスを提供できる地域	福知山市(桃映・南陵生活圏域)

\* 上記地域以外にお住いの方でもご希望の方は、ご相談ください。

### (2) 当事業所の職員体制

職名	常勤	非常勤	兼務	合計	業務内容
管理者	1 名		有	1 名	介護従事者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握や管理を行う。法令等の規定を遵守させるため必要な指揮を行う。
生活指導員	1 名	1 名	有	2 名	地域密着型通所介護計画又は通所介護相当サービス計画の作成や提供サービス調整、相談援助業務を行う。
看護師		2 名	有	2 名	利用者が可能な限り、能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、健康管理を行う。
機能訓練指導員		2 名	有	2 名	利用者が可能な限り、能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行う。
介護職員	1 名	2 名	有	3 名	地域密着型通所介護サービス又は通所介護相当サービスを提供する。
合計(実人員)	1 名	4 名		5 名	

### (3) 当事業所の設備

定員	1単位につき10名	静養室	1室 5.6㎡(カーテン仕切り)
食堂兼機能訓練室	90.8㎡	相談室	1室 22.6㎡
		送迎車	4台
浴室	一般浴室 5.4㎡	その他	
	介護浴室 5.4㎡		

### (4) 営業日、営業時間、サービスの提供時間

①営業日 月曜日～土曜日

②営業時間 午前9時00分～午後6時00分

③サービス提供時間 1単位目 午前10時00分～午後1時00分 2単位目 午後2時30分～午後5時30分

④休業日 日曜日、8/14～8/16、12/31～1/4

## 3 事業所の特徴

### (1) 経営方針

半日型の通所による入浴支援サービスを提供し、心身機能の維持とご家族の介護負担軽減を目的とする。地域に根ざした温かいケアを重視し、住み慣れた地域で安心した生活を送れるよう支援する。

## 4 サービス内容

(1) 送迎 自宅と事業所間の送迎を行う。

(2) 入浴 2種類の入浴設備がある。個浴は浴槽の跨ぎ動作が可能な方に対応している。自宅の浴室に近い構造であるが、手摺や滑り止めマット等の福祉用具を設置することで、安全に入浴動作の自立を促すことができる。リフト浴は浴槽に入る動作をリフトによって補助する。いずれも利用者の心身の状態に応じて入浴方法を選択し、洗身や洗髪、更衣動作は必要に応じて介助を行う。

(3) 排泄 排泄時の見守り、おむつ交換等必要なサービスを行う。

(4) 機能訓練 機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施する。

(5) 健康チェック 血圧、体温、脈拍の測定等、健康チェックを行う。

(6) 生活相談 介護や生活上の相談に応じる。

## 5 利用料金

### (1) 利用料

①地域密着型通所介護サービス サービス提供時間3時間～4時間 ※1割負担の場合

	利用料金	介護保険適用時の 1日当たりの自己負担額
要介護1	4,160円/日	416円/日
要介護2	4,780円/日	478円/日
要介護3	5,400円/日	540円/日
要介護4	6,000円/日	600円/日
要介護5	6,630円/日	663円/日

②通所介護相当サービス

	利用料金	介護保険適用時の 1か月当たりの自己負担額
要支援 1	17,980 円/月	1,798 円/月
要支援 2	36,210 円/月	3,621 円/月

(2) 付加サービスの利用料

要介護 1～5 の方	1日当たりの利用金額	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額
入浴介助加算(I)	400 円	40 円
サービス体制強化加算(II)	180 円	18 円
送迎減算(片道)	-470 円	-47 円
同一建物減算	-940 円	-94 円

要支援の方	1日当たりの利用金額	介護保険適用時の1か月当たりの自己負担額
サービス体制強化加算(II)	要支援 1 720 円	72 円
	要支援 2 1,440 円	144 円
同一建物減算	要支援 1 -3760 円	-376 円
	要支援 2 -7520 円	-752 円

※ 上記の表の自己負担額は 1 割で記入してありますが、2 割、3 割負担の方もあり、各利用者様の介護保険負担割合証の割合をご負担頂きます。

※ 利用者が、要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い) また、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合は、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

※ 介護職員等処遇改善加算 I ロとして所定単位数に 12.7%分を掛けた単位の加算が付きます。

(3) その他の費用

- ① 理美容代 2,200 円
- ② お持ち帰り弁当 670 円
- ③ キャンセル料

利用日の 2 日前までに連絡があった場合	無料
利用日の前日に連絡があった場合	利用料の 50%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料の 100%

(4) 料金の支払方法

- ①事業所は毎月、10 日に前月分の利用者負担額を請求いたします。
- ②お支払い方法は、原則として口座自動引落し(利用月の翌月 27 日引落)とさせていただきます。



### (3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び京都府国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に伝える

ことができます。

- ① 福知山市高齢者福祉課 0773-24-7013  
(月～金曜日、祝日除く) 8:30～17:15
- ② 京都府国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会） 075-854-9090  
(月～金曜日、祝日除く) 9:00～12:00  
13:00～17:00

## 8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、主治医、救急隊、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

## 9 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご家族、居宅介護支援事業所、市町村（重大な事故については京都府）等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録すると共に、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。尚、当事業所のサービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

## 10 非常災害対策

出火時の対応	利用者の安全確保のため必要な情報を収集し措置を講じます
防災設備	非常灯や毛布など安全確保のために必要な備品を準備します
防災訓練	年1回 避難方法や避難経路の確認等を行います
防火管理者	南田 高由
消防計画等	福知山消防署へ届出：平成25年10月22日

## 11 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、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ます。

虐待防止に関する責任者 河田 幸子

(2) 従事者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

(3) サービス提供中に、従事者又は養護者(現に高齢者を養護している家族、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。

## 12 秘密の保持について

(1) 当該事業所の従事者は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らしません。

(2) 当該事業所の従事者であった者は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らしません。

(3) 事業所は、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限

り、予め文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はその家族の個人情報を用います。

13 第三者による評価の実施状況について

当事業所は第三者評価を受審しておりません。

半日入浴特化型デイサービス 南風の利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、地域密着型通所介護又は通所介護相当サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

説明・交付 年 月 日

(事業所) 所在地	京都府福知山市駅南町2丁目265番地
事業者名	株式会社 南風
代表者名	南田 高由
事業所名	半日入浴特化型デイサービス 南風
事業所番号	第2672600295号
説明者氏名	

私は、重要事項説明書に基づいて地域密着型通所介護サービス又は通所介護相当サービスの内容及び重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

同意 年 月 日

〒  
(利用者) 住所  
氏名

〒  
(代理人) 住所  
氏名