

## 「通所型サービス(第1号通所事業)」重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。  
(栃木県指定 第0971000211号)

当事業所はご利用者に対して通所型サービス(第1号通所事業)を提供します。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ことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### 1 事業者

- |           |                   |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 至誠会        |
| (2) 法人所在地 | 栃木県大田原市下石上 1258番地 |
| (3) 電話番号  | 0287-29-1790      |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 手塚 秀夫         |
| (5) 設立年月日 | 昭和54年5月1日         |

### 2 事業所の概要

- |               |  |
|---------------|--|
| (1) 事業所の種類    | 第1号通所事業<br>栃木県0971000211号<br>※当事業所は、特別養護老人ホーム晴風園に併設されています。                 |
| (2) 事業所の目的    | 晴風園デイサービスセンター事業所の職員が、当事業所に通う要支援状態にあるご利用者へ適正な通所型サービス(第1号通所事業)を提供することを目的とする。 |
| (3) 事業所の名称    | 晴風園デイサービスセンター  |
| (4) 事業所の所在地   | 栃木県大田原市下石上 1258番地  |
| (5) 電話番号      | 0287-29-1790 (直通 0287-29-0481)   |
| (6) 事業所長(管理者) | 施設長 福原 健治  |
| (7) 当事業所の運営方針 |  |

在宅の要援護者等となった場合においても、そのご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、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持並びに

そのご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

(8) 開設年月日 平成18年4月1日

(9) 利用定員 30人

### 3 事業実施地域及び営業時間

#### (1) 通常の事業の実施地域

大田原市（旧湯津上村、旧黒羽町の地域を除く）、

#### (2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	8時30分～17時30分

### 4 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して通所型サービス(第1号通所事業)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。

#### <職員の配置状況>

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職員数	指定基準
事業所長（管理者）	1名	1名
介護職員	4名以上	4名
生活相談員	1名以上	1名
看護職員	1名以上	1名
管理栄養士	1名	—
調理員	1名以上	—
機能訓練指導員	1名以上	1名

※なお、職員については、通所介護事業所と兼務となります。

#### <職種の勤務体制>

職種	勤務体制
管理者	勤務時間 8:45～17:45
介護職員	勤務時間 8:30～17:30
生活相談員	勤務時間 8:30～17:30
看護職員	勤務時間 8:30～17:30
管理栄養士	勤務時間 8:45～17:45
調理員	勤務時間 8:45～17:45
機能訓練指導員	勤務時間 8:30～17:30

## 5 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の7割から9割が介護保険から給付されます。

#### <サービスの概要>

##### ①送 迎

- ・ご利用者のご自宅から当事業所までの往復の送迎を行います。

##### ②入 浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

##### ③排 泄

- ・ご利用者の排せつの介助を行います。

##### ④運動機能向上サービス

- ・機能訓練指導員等が運動機能向上計画にもとづき、ご利用者の運動器の機能向上サービスを実施し、定期的に記録し、運動機能向上計画の進捗状況を定期的に評価します。

##### ⑤栄養改善サービス

- ・管理栄養士が、低栄養状態にある又はそのおそれのあるご利用者に、当該ご利用者の低栄養改善等を目的として、個別に栄養ケア計画を作成し、ご利用者の栄養状態を定期的に記録し、栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価します。

##### ⑥口腔機能向上サービス

- ・看護職員等が、口腔機能の低下している又はそのおそれのあるご利用者に、当該ご利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に口腔機能改善管理指導計画を作成し、ご利用者の口腔機能を定期的に記録し、口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価します。

#### <サービス利用者負担額>

お支払いいただくご利用者負担額は、次の基本サービス費と加算費の合計の単位に地域区分（7級地）の10.14円をかけた金額の各利用者負担割合（1～3割）となります。

なお、利用者の負担割合については、市町村から交付されている『介護保険負担割合証』によって決まります。

## ①基本サービス（1回あたり）

状態区分	単位数
要支援 1	436
要支援 2	447

## ②加算費（1月あたり）

項目	単位数	
運動器機能向上加算	225	
生活機能向上グループ活動加算	100	
生活機能向上連携加算	100	
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	480	
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	700	
サービス提供体制強化 加算（Ⅱ）	要支援 1	24
	要支援 2	48
若年性認知症利用者受入加算	240	
科学的介護推進体制加算	40	
介護職員処遇改善新加算（Ⅱ）	9.0%	

※加算については、対象となるものについて、説明したうえで算定させていただきます。

☆ご利用者がまだ要支援認定又は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いったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、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、通所型サービス(第1号通所事業)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、ご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」を発行します。

☆ 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、ご利用者の負担額を変更します。

## （2）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

### <サービスの概要と利用料金>

#### ① 食 事

- ・当事業所では、管理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及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立を支援するため、離床して食事をとっていただくことを原則としています。

< 食事時間 12時から 1回あたり 620円 >

#### ② レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

### ③ 複写物の発行

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

### ④ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

おむつ代	1	フラットタイプ	1枚あたり	70円
	2	紙パンツ	〃	150円
	3	テープ付き紙パンツ	〃	150円
	4	パット	〃	30円

### ⑤ 理容

理容サービス(調髪)をご利用いただけます。ただし、事前に問い合わせをお願いいたします。

利用料金： 1回あたり1000円

## (3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1箇月ごとに計算しご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア 下記指定口座への振込み

足利銀行 大田原支店 普通預金 2838421  
社会福祉法人 至誠会 理事長 手塚 秀夫

イ 金融機関口座からの自動引落とし

ご利用できる金融機関 銀行、信用金庫、信用組合、信連、労働金庫、農協、ゆうちょ  
ただし、栃木県内に本店がある金融機関に限ります。

ウ 現金払い

## (4) 利用の中止、変更

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所型サービス(第1号通所事業)の利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

○食事代については、利用予定の前日17:00までに、キャンセルの申し出がない場合、ご負担いただきます。

○サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期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利用者に提示して協議します。

## 6 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、虐待防止委員会を設置し、担当者を配置し定期的に開催し、その結果について従業者への周知のほか、指針の整備、研修を定期的に実

施します。

## 7 身体拘束の禁止について

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合は事前に利用者及び家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

## 8 守秘義務に関する対策について

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保守します。

また、就業規則には、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、明記しています。

## 9 情報の提供について

当事業者が、ご利用者様の情報を他事業者に提供する場合は以下のとおりです。

ご利用者に医療上または介護上、緊急の必要性がある場合には、他医療機関等にご利用者の心身に関する情報を提供することがあります。

## 10 緊急時の対応について

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

### 11 事故発生時の対応について

事故発生時の対応については、以下のとおりです。

- (1) サービス提供により事故が発生した場合は、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。
- (2) 事故発生時における職員の対応方針を決めた事故対応マニュアルにより、職員に徹底いたします。

### 12 感染症対策(衛生管理)について

利用者の感染症の発生及びまん延を防止するために、感染症対策委員会を設置し、担当者を配置し定期的に開催し、その結果について従業員への周知のほか、指針の整備、研修及び訓練を定期的実施します。

### 13 非常災害対策について

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関を密にし、とるべき措置について、防災規程及び消防計画に基づき、年2回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。

訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

#### 1 4 業務継続計画の策定について

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護サービスの提供を継続的に提供するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じるものとする。

また、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的  
に実施します。

業務継続計画は定期的に見直し、必要に応じて計画の変更を行います。

#### 1 5 利用者の尊厳について

利用者の人権・プライバシー保護のための取扱い内規等により、従業者教育を行います。

#### 1 6 認知症への対応力向上に向けた取組みの推進について

認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現するために、介護に直接かかわる職員のうち医療・福祉の資格を有さないものについては、入職から1年以内に認知症介護の基礎研修を修了します。

#### 1 7 ハラスメント対策の強化について

当法人の職場におけるハラスメントの防止に関する規程に従い、職員が働きやすい環境づくりに努めております。

#### 1 8 苦情の受付について

##### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 主任 斎藤 美名

○受付時間 8：30～17：30

##### (2) 行政機関その他苦情受付機関

大田原市高齢者幸福課	所在地 電話番号 受付時間	大田原本町1-4-1 0287-23-8865 午前8：30より午後5：15
那須塩原市高齢福祉課	所在地 電話番号 受付時間	那須塩原市共墾社108-2 0287-62-7137 午前8：30より午後5：15
矢板市高齢対策課	所在地 電話番号 受付時間	矢板市本町5-4 0287-43-3896 午前8：30より午後5：15

栃木県 国民健康保険団体連合会	所在地	宇都宮市本町 3-9 栃木県本町合同ビル6階
	電話番号	028-643-2220
	受付時間	午前9:00より午後5:00

### (3) 第三者評価の実施について

当事業所は、第三者による外部評価は実施しておりません。

令和 年 月 日

介護予防通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 職種 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

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、介護予防通所介護サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(続柄 )