「指定地域密着型通所介護サービス」重要事項説明書

平成28年4月1日～

令和8年6月15日一部改正

当事業所は介護保険の指定を受けています。
地域密着型通所介護 （日光市指定第０９７０６０００４５号）

当事業所はご利用者に対して地域密着型通所介護サービスを提供いたします。

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ご説明します。

※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」「要介護」と認定された方が対象となりますが、要介護認定を受けていない方でもサービスの利用は可能となっております。

目　次

１．事業者について
２．事業所の概要
３．職員の配置状況
４．当事業所が提供するサービスと利用料金
５．緊急時における対応方法
６．利用者のけがなどについて
７．個人情報と守秘義務について
８．衛生管理等の措置
９．虐待防止の為の措置
10．非常災害対策について
11．業務継続計画について
12．ハラスメントについて
13．苦情の受付について

社会福祉法人　晃　友　会
デイサービスセンターきびたき荘

１．事業者

（１）	法 人 名	社会福祉法人　晃　友　会
（２）	所 在 地	栃木県日光市細尾町８２番地１
（３）	電話番号	０２８８－５３－６４３３
（４）	代表者氏名	理事長　菊　地　美　榮
（５）	設　　立	平成７年５月２２日

２．事業所の概要

（１）	事業所の種類	・指定地域密着型通所介護事業所 平成28年4月1日付指定　日光市第0970600045号 ※当事業所は特別養護老人ホームきびたき荘に併設されています。
（２）	事業所の目的	介護保険法に基づき、ご利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者の皆様に、地域密着型通所介護サービスを提供いたします。
（３）	事業所の名称	・地域密着型通所介護事業所 デイサービスセンターきびたき荘
（４）	事業所の所在地	栃木県日光市細尾町９５番地
（５）	電 話 番 号	０２８８－５３－６４３３
（６）	事業所管理者氏名	施設長　阿　久　津　　稔
（７）	当事業所の運営方針	地域高齢者福祉の拠点としてご利用者並びにご家族のニーズに合わせたサービスを提供いたします。
（８）	開　　設	平成８年７月１日
（９）	通常の事業の実施地域	日光市（旧日光市）

(10)　営業日及び営業時間

営　業　日　　月曜日～金曜日（祝日も営業）

但し、12月29日~1月3日は休業となります。

営　業　時　間　　営業日の午前８時15分～午後５時

サービス提供時間　　午前9時00分～午後4時10分

(11)　利　用　定　員　　１５人／１日

３．職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定地域密着通所介護サービスを提供するために、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及び勤務時間》

※職員の配置については、指定基準を遵守しております。

職　　種	指定基準	備　考
管 理 者	１名	特養と兼務
生活相談員	１名	
介 護 職 員	常勤換算1名以上	
看 護 職 員	１名	特養と兼務
機能訓練指導員	１名	看護職員と兼務

《当事業所の主な職員の勤務体制》

生活相談員	
介護職員	勤務時間　８：１５～１７：００
看護職員	
機能訓練指導員	勤務時間　８：１５～１３：１５

４．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。

・ 介護保険の給付対象となるサービス

・ 介護保険の給付対象とならないサービス

の２種類があります。

（１） 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

◎ 自己負担割合が、1割（給付の割合では、9割）

◎ 自己負担割合が、2割及び3割負担（給付の割合では、8割、7割）

《サービスの概要》

① 入 浴

・ ご利用の都度入浴又は清拭を行います。

※入浴は寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 排 泄

・ご利用者の排泄の介助を行います。

③ 機能訓練

・ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るため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します。

④ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

《サービス利用料金》

別記のサービス利用料金表に記載のとおりです。

なお、サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なりますのでご承知おき下さい。

☆ ご利用者がまだ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、居宅サービ

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、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」を交付します。

☆ ご利用者に提供する食費（食事の材料・調理費等食事に係る費用）は別途頂戴いたします。

☆ 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 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

・介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご利用者の負担となります。

② 食事の提供（食材料費・調理費）

・当事業所では食事サービスをご希望される方に、栄養士の立てる献立表により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。またご利用者の自立支援のため離床して食事を摂っていただくことを原則としています。

食事時間　12:00～13:00

・ ご利用者に提供する食事に係る費用です。

地域密着型通所介護食事代　８００円　（昼食650円＋オヤツ150円）

（食事代内訳　材料費＋調理経費）

※ 当日、8時30分以降の利用がキャンセルの場合、ご利用がなくても800円の食事代が発生することになります。

③ レクリエイション、クラブ活動

・ご利用者の希望によりレクリエイ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：一日５０円を頂戴いたします。

④ 複写物の交付

・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、コピーなどの複写物を必要とする場合は無料にて配布致します。

⑤ 日常生活上必要となる諸経費実費

・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係る費用を負担いただきます。

紙おむつ代	（１枚当たり）	１５０円
尿取りパッド	（１枚当たり）	５０円
マスク	（1枚当たり）	１０円

・　バスタオル２枚、タオル１枚セットで貸出１回あたり 100 円（希望者）

※上記の他、日常生活品購入の必要が生じた場合は別途実費を頂戴いたします。

⑥ 通常の事業実施地域以外への送迎

・通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所間の送迎費用として、下記の料金をいただきます。

・　通常の実施地域以外の地域で利用が想定される地域

旧今市市　片道２００円　　旧藤原町　片道２００円

・　有料道路使用の場合の通行料金自費。

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合は事前に変更の内容と変更事由について、変更を行う２カ月前までにご説明いたします。

（３）　利用料金のお支払い方法

・前記（１）、（２）の料金・費用は、ご利用月の翌月初めに精算払いでお支払いいただきます。

また、足利銀行に預金口座をお持ちでご希望される方については、便利な口座引き落としによる利用料金のお支払いもお受けいたします。（有料）

（４）　利用の中止、変更、追加

・利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、若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、利用予定日の前日までに事業者に申し込んで下さい。

・利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合　　無　料

利用予定日の前日までに申し出がなかった場合　当日の利用料金の50％

・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、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、他の利用可能期間又は日時をご利用者に提示して協議します。

５．　緊急時における対応方法

・緊急の措置＝通所利用者が病気など緊急事態が発生したときは、利用者のかかりつけの医師と、家族に相談すると共に管理者・看護職員・介護職員・生活相談員・機能訓練指導員を含む職員全員で緊急対応します。

６．　事業所の不可抗力による、けがなどに対する責任について

・事業所は、利用者のけがなどに対して安全や予防に心がける。しかし、

事業所の不可抗力による、けがなどに対しては下記のように定めます。

・職員の過失による、ケガなどについては、介護施設責任保険の範囲内において、治療費による賠償を行います。

・そのほか、事業者が実施したサービスを原因としない利用者自らの行動持病などの起因して起きたケガなどについては、事業者は賠償の責任を負いません。

7.　個人情報と守秘義務について

・　事業所が得た利用者又は家族の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又は家族の同意を、あらかじめ書面により得るものとします。

・　事業所は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

職員が在職中のみならず退職後においても、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じるものとします。

8.　衛生管理等の措置に関する事項について

(1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。

(2) 職員に対して、感染症の予防及びまん延の防止のための研修を定期的に実施します。

9.　虐待の防止の為の措置に関する事項について

事業所は・・・・次の措置を講じます。

（1） 委員会の設置

ア　委員会の役割

① 事業所の身体拘束・虐待防止に向けた対策・評価を実施します。

② 定期的に指針等の見直しを行います。

③ 内部研修の企画・開催・振り返りを実施します。

④虐待が発生した場合に、組織や行政との連携・対応を行います。

④ 職員のメンタルサポートを行い、適切な支援が継続できる様にします。

（2） 虐待防止の方針

ア　身体拘束や高齢者虐待の理解を深め、利用者や家族の立場から安心・安全な環境を維持します。

イ　適切な支援を証明する為の、根拠に基づく説明責任を果たします。

ウ　必要時には、迅速な対応を行います。

（3）研修の開催

ア　年２回全職員対象にした虐待防止の為の研修を実施します。

（4）担当者　事務主任

１０．身体的拘束等の原則禁止

事業所は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。身体拘束を行う場合には、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を記録します。

１１．非常災害対策

①　事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）氏名：（松田　純子）

②　非常災害に関する具体的計画を立てて、非常災害時の関係機関への通報及び連帯体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③　定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います

避難訓練実施時期：（毎年２回）

④　③の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

１２．業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護

の提供を継続的に実施するための、及び非常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い必要な措置を行い、定期的に見直し、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１３．ハラスメントについて

・適切なサービスの提供を確保する観点から、職員が利用者又は家族等からハラスメントを受けた場合は、サービスの提供を制限することがあります。

１４．　苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設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。

また、苦情受付ボックスを事務所に設置しています。

○苦情受付窓口（担当者）　生活相談員　濱田　幸代

連絡先0288－53－6433（当施設）

○受付時間　月曜日～金曜日　8：30～17：00

（年末年始を除く）

○第三者委員　赤坂　裕子（当法人評議員）　連絡先0288－54－3506

石川　茂（当法人評議員）　連絡先0288－53－0289

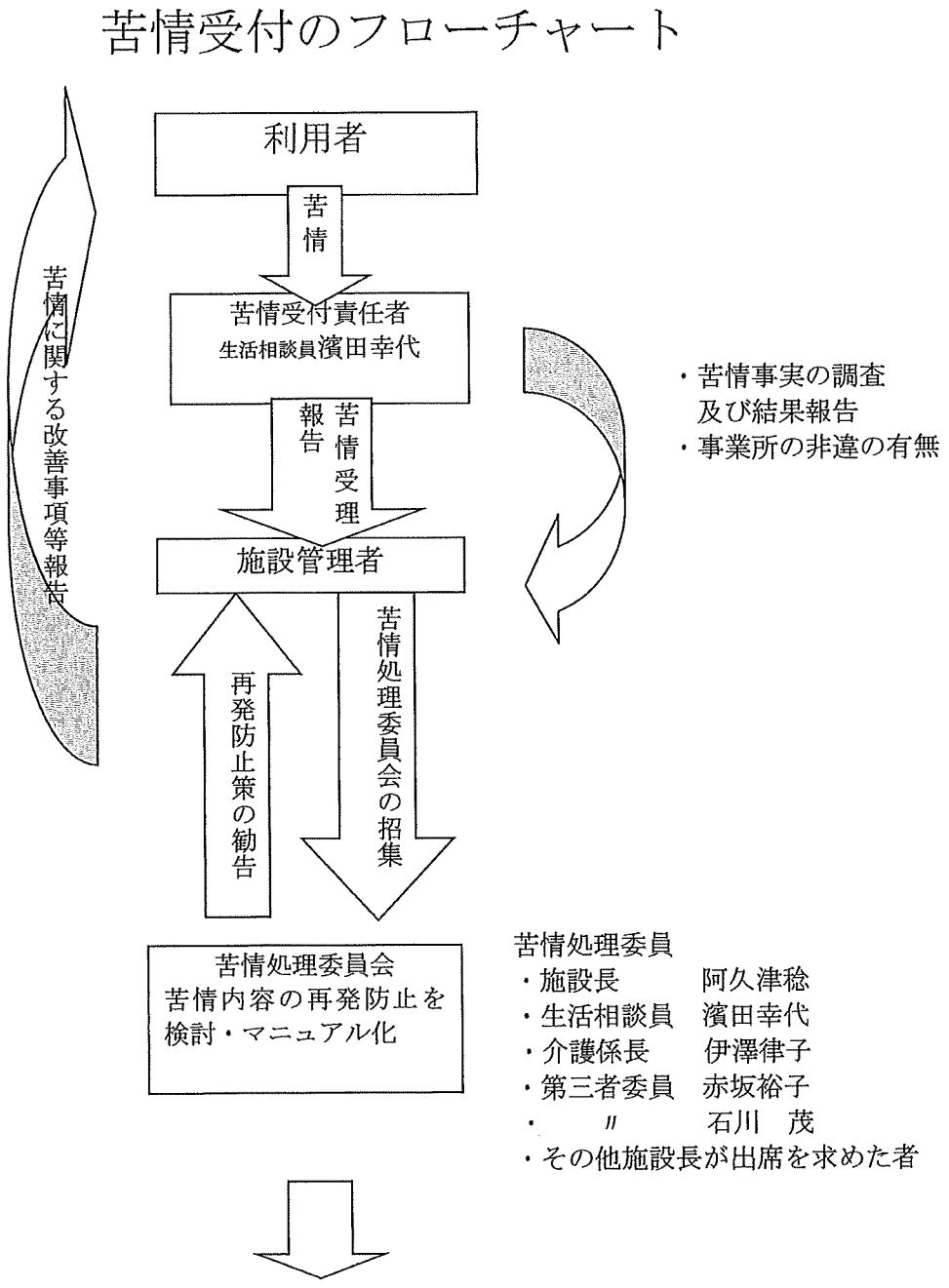
(2) 行政機関その他苦情受付機関

日光市高齢福祉課	所在地 電話番号 受付時間	日光市今市本町１番地 ０２８８－２１－５１００ ８：３０～１７：１５
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	宇都宮市本町３－９栃木県本町合同ビル内 ０２８－６４３－２２２０ ９：００～１７：００
栃木県運営適正化委員会	所在地 電話番号	宇都宮市若草１－１０－６とちぎ福祉ﾌﾟﾗｻﾞ内 ０２８－６２２－２９４１
	受付時間	９：００～１６：００

上記機関の受付　月曜日～金曜日（祝日・年末年始を除く）

(3) 相談・苦情に関する体制及び手順

フローチャートのとおり



14　第三者評価の実施状況

第三者評価は実施していません。

指定居宅サービスの提供内容について、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

生活相談員

説明者職名　　氏　名　　濱田　幸代　　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、指定居宅サービスの提供内容に同意し、交付を受けました。

令　和　　年　　月　　日

ご住所

ご利用者の

お名前　　印

ご住所

代理人の

お名前　　印

（ご利用者との続柄：　　）