

デイサービスセンターあかり

通所介護・第1号通所事業

重要事項説明書

当事務所はご契約者に対して 通所介護・第1号通所事業サービスを提供します。事務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以下に説明します。

1 事業者

- (1) 法人名 株式会社灯の台地
- (2) 法人所在地 栃木県宇都宮市駒生町1219番地-1
- (3) 電話番号 028-902-1121
- (4) 代表者氏名 代表取締役 阿部久男
- (5) 設立年月日 平成26年4月2日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所介護・第1号通所事業所
- (2) 目的 株式会社灯の台地が開設するデイサービスセンターあかり（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護及び第1号通所介護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員（以下「生活相談員等」という。）が、要介護状態（第1号通所事業にあっては要支援状態および総合事業の対象者）にある高齢者に対し、適正な指定通所介護及び第1号通所事業を提供することを目的としています。

- (3) 事業所名 デイサービスセンターあかり
- (4) 事業所所在地 栃木県宇都宮市駒生町1219番地-1
- (5) 電話番号 028-902-1121
- (6) 当事業所の運営方針

- 1 指定通所介護の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身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ります。
- 2 第1号通所事業の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要支援者および総合事業の対象者が可能な限りその居宅において、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支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- 3 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

- (7) 開設年月日 平成26年6月1日

3 事業実施区域及び営業時間

(1) 通常の実施区域 宇都宮市 鹿沼市 日光市

(2) 営業日及び営業時間

営業日 日曜日から土曜日（ただし 12 月 31 日から 1 月 3 日を除く）

受付時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで。

4 職員の体制

通所介護・第 1 号通所事業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ます。（職員の配置については指定基準を遵守）

1 管理者 1 名（介護職員と兼務）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。

2 生活相談員 1 名以上

生活相談員は、利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

3 看護職員 1 名以上（機能訓練指導員と兼務）

看護職は、利用者の健康管理や療養上の世話をおこないます。

4 介護職員 3 名以上

介護職員は、利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

5 機能訓練指導員 1 名以上（看護職員と兼務）

機能訓練指導員は、利用者の機能訓練を行います。

5 当事業所が提供するサービスと料金

(1) 当事業所は次のサービスを提供します。

食事介助	食事の介助を行います。
入浴介助	入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
機能訓練 レクレーション	心身の機能減退防止を目的としたレクレーションを行います。

(2) サービス利用料金

○ 要介護者

事業所区分 要介護度	サービス 提供時間	基本単位	利用料 (円)	利用者負担額 (円)		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
		3 時間以上 4 時間未満				
通常規 模型	要介護 1	370	3,799 円	380 円	760 円	1,140 円
	要介護 2	423	4,344 円	435 円	869 円	1,304 円
	要介護 3	479	4,919 円	492 円	984 円	1,476 円
	要介護 4	533	5,473 円	548 円	1,095 円	1,642 円
	要介護 5	588	6,038 円	604 円	1,208 円	1,812 円
	4 時間以上 5 時間未満					
	要介護 1	388	3,984 円	399 円	797 円	1,196 円
	要介護 2	444	4,559 円	456 円	912 円	1,368 円
	要介護 3	502	5,155 円	516 円	1,031 円	1,547 円
	要介護 4	560	5,751 円	576 円	1,151 円	1,726 円
	要介護 5	617	6,336 円	634 円	1,268 円	1,901 円
	5 時間以上 6 時間未満					
	要介護 1	570	5,853 円	583 円	1,171 円	1,756 円
	要介護 2	673	6,911 円	692 円	1,383 円	2,074 円
	要介護 3	777	7,979 円	798 円	1,596 円	2,394 円
	要介護 4	880	9,037 円	904 円	1,808 円	2,712 円
	要介護 5	984	10,105 円	1,011 円	2,021 円	3,032 円
	6 時間以上 7 時間未満					
	要介護 1	584	5,997 円	597 円	1,200 円	1,800 円
	要介護 2	689	7,076 円	705 円	1,416 円	2,123 円
	要介護 3	796	8,174 円	814 円	1,635 円	2,453 円
	要介護 4	901	9,253 円	922 円	1,851 円	2,776 円
	要介護 5	1,008	10,352 円	1,036 円	2,071 円	3,106 円
	7 時間以上 8 時間未満					
	要介護 1	658	6,757 円	676 円	1,352 円	2,028 円
	要介護 2	777	7,979 円	798 円	1,596 円	2,394 冖
	要介護 3	900	9,243 円	925 円	1,849 円	2,773 冖
	要介護 4	1,023	10,506 円	1,051 冮	2,102 冮	3,152 冮
	要介護 5	1,148	11,789 冮	1,179 冮	2,358 冮	3,537 冮
	8 時間以上 9 時間未満					
	要介護 1	669	6,870 冮	687 冮	1,374 冮	2,061 冮
	要介護 2	791	8,123 冮	813 冮	1,625 冮	2,437 冮
	要介護 3	915	9,397 冮	940 冮	1,880 冮	2,820 冮
	要介護 4	1,041	10,691 冮	1,070 冮	2,139 冮	3,208 冮
	要介護 5	1,168	11,995 冮	1,200 冮	2,399 冮	3,599 冮

加算等

加算・減算	基本単位	利用料 (円)	利用者負担額 (円)			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
入浴介助加算 (I)	40	410 円	41 円	82 円	123 円	1 日につき
口腔機能向上加算 (II)	160	1643 円	164 円	328 円	492 円	1 月に 2 回
中重度者ケア体制加算	45	462 円	47 円	93 円	139 円	1 日につき
個別機能訓練加算 (I) イ	56	575 円	58 円	115 円	173 円	個別機能訓練を実施した日
個別機能訓練加算 (I) ロ	76	780 円	78 円	156 円	234 円	
個別機能訓練加算 (II)	20	205 円	21 円	41 円	62 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算 (I)	22	225 円	23 円	45 円	68 円	1 日につき
科学的介護推進体制加算	40	410 円	41 円	82 円	123 円	1 月につき
同一建物に居住する利用者の減算	-94	-965 円	-97 円	-193 円	-290 円	1 日につき
送迎を行わない場合の減算	-47	-482 円	-49 円	-97 円	-145 円	片道につき

名称	加算・減算割合
定員超過、人員欠如減算	70 / 100 ～減算
介護職員等処遇改善加算 I	基本報酬に 9.2% を加算

○ 要支援者

サービス提供区分	介護予防サービス費(Ⅰ) 週1回程度の利用が必要な場合				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
通常の場合 (月ごとの定額制)	1,798	18,465円	1,847円	3,693円	5,540円
日割り計算	59	605円	61円	121円	182円
サービス提供区分	介護予防サービス費(Ⅱ) 週2回程度の利用が必要な場合				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
通常の場合 (月ごとの定額制)	3,621	37,187円	3,719円	7,438円	11,157円
日割り計算	119	1,222円	123円	245円	362円

加算等

加算・減算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等	
			1割負担	2割負担	3割負担		
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	週1回程度	88	903円	91円	181円	271円	1月に1回
	週2回程度	176	1,807円	181円	362円	543円	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	週1回程度	160	1,643円	164円	328円	492円	1月に1回
	週2回程度	160	1,643円	164円	328円	492円	
同一建物に居住する利用者の減算	週1回程度	-376	-903円	-91円	-181円	-271円	1月に1回
	週2回程度	-752	-1,807円	-181円	-362円	-543円	
科学的介護推進体制加算	40	410円	41円	82円	123円	1月につき	

名称	加算・減算割合
定員超過、人員欠如減算	70/100～減算
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	基本報酬に9.2%を加算

(3) 料金の特記

1 昼食代

一食 660 円 (特別食プラス 110 円)

イベント食 900 円 (2か月に1回)

(昼食のキャンセル料につきましては3営業日前の11時以降から 660 円、イベント食のキャンセル料は 900 円をご請求いたします)

※例 5日に欠食する場合・・・2日の午前11時までにお願い申し上げます。

2 レクレーション費用

一回 70 円

3 おやつ代

一日 100 円

特別おやつ 150 円 (月1回)

(4) 利用料金のお支払い方法

口座振替(自動引き落としの方法)で支払います。前記の料金は一ヶ月毎に計算し毎月10日以降にご請求します。毎月27日に自動引き落として土日祝日の際は翌日引き落としになります。

6 サービスの利用に関する留意事項

(1) サービスの利用開始

通所介護計画作成とともに契約を締結しサービスを開始します。

(2) サービスの利用の中止・変更

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利用を中止、変更することができます。この場合は、サービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

利用日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止を申し出された場合は、取消料金(自己負担相当額)が発生することがあります。ただし、ご契約者の体調不良等、正当な事由のある場合はこの限りではありません。

(3) サービスの終了

① ご利用者の都合によるサービス終了については前項同様に申し出てください。

② 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情でサービスを終了する場合は、一ヶ月前までに文書でお知らせします。

③ 以下の場合は、双方の通知がなくてもサービスを終了いたします。

(1) ご利用者が入院又は介護保険施設に入所した時。

(2) 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が非該当と認定された時(この場合、条件を変更して再度契約することができます)。

(3) ご利用者様がお亡くなりになった時。

7 事故発生時の対応方法

事業者又は通所介護員が通所介護サービスを提供する上で事故が発生した場合は、速やかに市及び利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事業所に連絡するとともに、利用客の主治医または医療機関への連絡を行い、医師の指示にしたがいます。事故発生の原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

8 損害賠償

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生命身体・財産に損害を与えた場合には、利用者に対してその損害を賠償します。

但し、以下の各号に該当する場合には、事業者は賠償責任を免れます。

- ① 契約者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が生じた場合。
- ② 契約者がサービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が生じた場合。
- ③ 契約者が急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が生じた場合。
- ④ 契約者が事業者若しくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が生じた場合。

9 苦情の受付

当事業所における苦情は、以下の窓口で受け付けます。

苦情受付窓口 相談担当責任者 鈴木 和代

受付時間 日曜日から土曜日まで 8時30分～17時30分

電話番号 028-902-1121

行政機関の苦情受付機関

栃木県国民健康保険団体連合会

宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同庁舎6階

受付時間 月曜日から金曜日まで 8時30分～17時

電話番号 028-643-2220

宇都宮市高齢福祉課

宇都宮市旭1丁目1-5

電話番号 028-632-8989

鹿沼市介護保険課

鹿沼市今宮町1688-1

電話番号 0289-63-2283

日光市介護保険課

栃木県日光市今市本町1番地

電話番号 0288-21-5124

10 虐待防止について

利用者等の人権擁護・虐待防止のため下記のとおり必要な措置を講じます。

- ・従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施し、人権意識の向上や知識技術の向上に努めます。
- ・サービス提供中に当該事業所または擁護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、当事業所の虐待防止マニュアルに沿い市町村に報告します。

虐待事案解決責任者：鈴木 和代

11 ハラスメントの防止対策

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ① 事業所内にて行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - (1)身体的な力を使って危害を及ぼす行為
 - (2)個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3)意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為
- 上記は、当該法人職員、取引先事業者、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。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、通所介護・介護予防通所介護および第1号通所事業サービスの提供開始に同意しました。

12 第三者評価の実施状況

実施なし

令和 年 月 日

通所介護・介護予防通所介護および第一号通所介護事業サービスの提供について、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンターあかり

説明者職名

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、通所介護・介護予防通所介護および第一号通所事業サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所

氏名

利用者代筆者(代理人)

住所

氏名

利用者との続柄