

**介護予防・日常生活支援事業  
第1号通所事業（通所介護相当サービス）重要事項説明書**

当事業所はご利用者に対して第1号通所事業（通所介護相当サービス）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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 虐待の防止について	6
7. 身体的拘束について	6
8. 秘密の保持と個人情報の保護について	6
9. 事故発生時の対応	7
10. 非常災害対策	8
11. 衛生管理及び従業者等の健康管理等	8
12. 事業継続計画の策定等について	8
13. 苦情の受付について	9
14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況	9
15. サービスご利用に際してのお願い	10
16. サービス利用にあたっての禁止事項について	10

## 1. 事業者

- (1) 法人名                    社会福祉法人 久寿福社会
- (2) 法人所在地            栃木県鹿沼市村井町 126 番地 1
- (3) 電話番号                0289-62-5225
- (4) 代表者氏名            理事長 関口 忠雄
- (5) 設立年月                昭和 53 年 2 月 24 日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の番号 0970500187
- (2) 事業所の目的 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て自立した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います。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターメロディー
- (4) 事業所の所在地 栃木県鹿沼市村井町 146 番地 6
- (5) 電話番号 0289-63-5536
- (6) 事業所長（管理者）氏名 関口 忠雄
- (7) 当事業所の運営方針
- ①要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる通所介護相当の援助を行います。
  - ②事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携をはかり、総合的なサービスに努めます。
  - ③要支援・事業対象者のサービスにおいて日常生活を想定しつつ、短期集中的に筋力向上トレーニングや転倒防止のための指導等の機能訓練を行います。
- (8) 開設年月 平成 9 年 4 月 21 日
- (9) 利用定員 35 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 鹿沼市
- (2) 営業日及び営業時間

営業時間	月曜～土曜の 6 日間（日曜、1 月 1 日～1 月 3 日は休日）
受付時間	8 時 20 分～17 時 20 分
サービス提供時間	9 時 00 分～16 時 20 分

## 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して第 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。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1 名	1 名
2. 介護職員	5 名以上	5 名

3. 生活相談員（介護職と兼務）	1名以上	1名
4. 看護職員	1名以上	1名
5. 機能訓練指導員	1名以上	1名

## 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。

当事業所が提供するサービスについて、

- (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契約者に負担いただく場合があります。

ご利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料金」は以下の通りであり、お支払いいただく「利用負担金」は、原則として負担割合証に記載の通り基本料金の1割又は2割、3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### 〈第1号通所事業（通所介護相当サービス）の概要及び利用料金〉

#### ① サービス提供体制強化加算（I）

国によって定められた基準を満たしている事業所が提供するサービスに対する加算です。（介護福祉士が70%以上配置されている、または勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている。）

#### ② 介護職員処遇改善加算 I

利用者のニーズに応じた良質なサービスを提供するために、介護職員が技術能力の向上に努め、介護職員の処遇改善を図ります。

#### ③ 介護職員等特定処遇改善加算 I

介護人材確保のための取組をより一層進めるため、経験・技能のある職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を図ります。

#### ④ 介護職員等ベースアップ等支援加算

コロナ克服・新時代開拓のための経済対策を踏まえ介護職員等の処遇改善を図ります。

基本部分：通所介護相当サービス（※1割負担の方）

利用者の 要介護度	利用者負担
事業対象者 要支援1	1, 672円（1ヶ月につき）
事業対象者 要支援2	3, 428円（1ヶ月につき）

☆その他実績に応じた自己負担額（1割）

・ サービス提供体制強化加算 I	事業対象者・要支援 1	88 円/月
	事業対象者・要支援 2	176 円/月
・ 介護職員処遇改善加算（I）	上記合計金額×5.9%	
・ 介護職員等特定処遇改善加算（I）	上記合計金額×1.2%	
・ 介護職員等ベースアップ等支援加算	上記合計金額×1.1%	

地域区分見直しにより 1 円（1 単位）=10.14 円で算出された料金が介護保険の給付額になり、自己負担はその 1 割、又は 2 割、3 割が自己負担額となります。

#### （1） 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契約者の負担となります。

##### 〈サービスの概要と利用料金〉

#### ① 食事の提供

- ・ 当事業所では、高齢者向け配食サービス会社よりご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮したお弁当を提供します。
- ・ ご利用者の自立支援のため離床して食堂に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）※ご利用者の体調等により多少ずれることもあります。

12：15～13：00

- ・ 食費は、1 食 660 円をいただきます。

#### ② 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契約者の日常生活に要する費用でご契約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負担いただきます。

おむつ代：平型オムツ	100 円
尿取りパット	50 円
パンツ型、通常の紙オムツ	150 円

#### ③ 日用品・教養娯楽費

第 1 号通所事業の提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用と、その他、レクリエーション、クラブ活動の材料費・活動経費・リハビリ材料に係わる費用をご負担いただきます。

1 日につき 50 円

#### 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、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

## ⑤ 家事援助サービス

### ・モーニングサービス

ご利用日の朝、来所時に簡単な朝食を用意・提供いたします。

1食につき 100円

### ・お洗濯サービス

ご利用日に2日分程度の下着・洋服の洗濯を行い、帰宅時にお持ち帰りいただきます。

1回につき 300円

※尚、上記の家事援助サービスにつきましては、基本独居の方や生活支援が必要な方に限りまして、ご了承ください。必要時には、ご相談に乗らせていただきます。

☆制度の改正や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、及び新たに必要な費用をいただいたりする場合、相当な額に変更することがあります。その際、ご利用者又はそのご家族に対して文書で説明した上で、お支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとします。

## (2) 利用料金のお支払い方法

○第1号通所事業（通所介護相当サービス）—1か月ごとに計算し、事業者が月末締めで翌月15日までに請求の手続きをします。下記の通り「郵便局自動払込」の方法でお支払いいただきます。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

- |  |
|--|
| 1. 利用者及びご家族の指定していただく郵便貯金通帳からの「自動払込」による方法で行います。 |
| 2. 月末締めで翌月15日までに請求の手続きをします。                    |
| 3. 同月20日頃に「自動払込」の方法で利用料が事業者を支払われます。            |

## (3) 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。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日の8時30分を過ぎ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きます。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の当日8時30分までに申し出がなかった場合	食費 660円

○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家族代表者又は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契約者に掲示して協議します。

## 6. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定、配置しています。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・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。

## 7. 身体的拘束について

事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護する為緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。

事業所は、やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、身体的拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項について記録を行います。

事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次の措置を講じます。

- (1) 身体的拘束等の適正化のための指針の整備を行います。
- (2) 従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します

## 8. 秘密の保持と個人情報の保護について

### (1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

- ①事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ②また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。

③事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

## (2) 個人情報の保護について

① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、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ません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

## 9. 事故発生時の対応

(1) ご利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、管理者及び第一発見者は、協力医療機関、救急対応病院と連携を取り、速やかに応急処置、治療を行います。

(2) 同時に、管理者はご家族へ事故発生経緯と治療状況、ご利用者の現在の状況を遅滞なく報告します。

(3) その後の治療状況は、管理者が家族へその都度正確に報告します。

(4) 管理者はご家族と話し合いの上、見舞金保険、賠償責任保険への報告と申請を行います。

(5) 管理者は事故報告検討会を開き、事故の原因を追究し、再発防止策を講じます。

## **10. 非常災害対策**

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者(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。**
- (2) 非常災害対策は「社会福祉法人久寿福祉会防災規定防火管理規程」及び「特別養護老人ホームハ  
ーモニー及び併設施設防火管理規程」に基づき計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び  
連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。**
- (3) 規程に基づいて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。**
- (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。**

## **11. 衛生管理及び従業者等の健康管理等**

- (1) 第1号通所事業の用を供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管  
理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。**
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。**
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。**
  - ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6か月に  
1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底しています。**
  - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。**
  - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施し、年1回  
以上の健康診断を行います。**

## **12. 業務継続計画の策定等について**

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する第1号通所事業の提供を継続的に実施する  
ための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務  
継続計画に従って必要な措置を講じます。**
- (2) 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実施し  
ます。**
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。**



### 1 3. 苦情の受付について

(1) 当事業所は、利用者からの苦情に対応するため、苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員会を設置しています。

○苦情解決責任者

[理事長] 関口 忠雄

○苦情受付担当者

[管理者] 白石 知子

○第三者委員

嶋田 修一（鹿沼市縦山町 610-1 電話番号 0289-64-4106）

篠原 久之（鹿沼市上殿町 1605-2 電話番号 0289-62-9426）

○栃木県国民健康保険団体連合会

介護福祉課介護サービス担当者 電話番号 028-643-2220

○鹿沼市

介護保険課担当者 電話番号 0289-63-2283

(2) 苦情は、電話・書面などにより、苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し立てることもできます。

(3) 解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

(4) 苦情処理結果の報告

苦情解決責任者は、苦情処理の結果について、苦情申出人に対して報告・説明し、了解を求めます。

(5) 対応策の検討とサービス改善

管理者等は、事実確認を受けて事故の発生した原因を調査し、サービス提供について改善策を速やかに検討し、実行します。

(6) 苦情処理期間は、申し出があってから一週間以内とします。

### 1 4. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

提供するサービスの第三者評価の実施状況	実施なし
---------------------	------

### 1 5. サービスご利用に際してのお願い

- (1) お茶やお菓子など、お心付けなどは一切ご不要です。
- (2) 訪問の際はペットをゲージに入れる、リードにつなぐなどの配慮をお願いします。
- (3) 見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に職員本人の同意を受けてください。
- (4) ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。
- (5) 訪問中の喫煙はご遠慮ください。

## 16. サービス利用にあたっての禁止事項について

- (1) 事業者の職員に対する暴言・暴力・ハラスメント、誹謗中傷などの迷惑行為。
  - パワーハラスメントの具体例
    - 怒鳴る・威圧的な態度をとる・理不尽な要求をする・特定の職員への嫌がらせ等
  - セクシャルハラスメントの具体例
    - 必要もなく手や腕を触る・抱きしめる・卑猥な言動を繰り返す等
- (2) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断で SNS 等に掲載すること。

令和            年            月            日

事業者は、利用者のサービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

第1号通所事業

デイサービスセンターメロディー

職名	氏名	印
----	----	---

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、その内容に同意しましたので、本書を受領しました。

利用者	住所	
	氏名	印

家族代表者	住所	
	氏名	印
	続柄	