

「通所介護事業所」重要事項説明書

特別養護老人ホーム桜の華デイサービス

当事業所は介護保険の指定を受け付けています。
(栃木県指定 第0972700652)

当事業所はご利用者に対して通所介護事業サービスを提供します。事業所の概要や提供サービスの内容、契約上の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「経過的要介護」と認定された方、又は、要介護認定に認定された方がサービスを受ける事が出来ます。

◆◇目次◇◆

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 事業者 | 11. 苦情の受付 |
| 2. 事業所の概要 | 12. サービスの利用に関する留意事項 |
| 3. 職員の配置状況 | 13. サービス内容の説明等について |
| 4. 営業日及び営業時間 | 14. 衛生管理及び感染症対策 |
| 5. 当事業者が提供するサービスと利用料金 | 15. 損害賠償について |
| 6. 身体拘束の禁止 | 16. 事故発生・再発防止の措置 |
| 7. 守秘義務 | |
| 8. 情報提供 | |
| 9. 緊急時の対応 | |
| 10. 非常災害対策 | |

1. 事業者

- | | |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 福桜会 |
| (2) 法人所在地 | 栃木県真岡市久下田712番地8 |
| (3) 電話番号 | 0285-74-5520 |
| (4) 代表者名 | 橋本 美千子 |
| (5) 設立年月日 | 平成16年11月4日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|------------|---------------------------------------|
| (1) 事業所の種類 | 通所介護事業所・平成17年9月1日指定
栃木県0972700652号 |
|------------|---------------------------------------|

- (2) 当事業所の運営方針 1. 社会福祉法人福桜会が運営する通所介護施設特別養護老人ホーム桜の華の運営及び利用について必要な事項を定め桜の華の円滑な運営を図る。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム桜の華デイサービス
- (4) 事業所の所在地 栃木県真岡市久下田7 1 2 番地 8
- (5) 電話番号 0 2 8 5 - 7 4 - 5 5 2 0
- (6) 事業所長（管理者） 佐藤 里美
- (7) 開設年月 平成17年9月1日
- (8) 定 員 25名（通所介護及び介護予防通所介護を含める）
- (9) 施設の概要

当事業所では以下の設備を用意しています。

設備の種類	室 数	備 考
食 堂	1 室	6 2 . 0 0 6 m ²
機能訓練室	1 室	5 5 . 1 9 3 m ²
静 養 室	1 室	9 . 6 0 2 m ²
相 談 室	1 室	1 2 . 6 0 0 m ²
事 務 室	1 室	3 6 . 1 3 5 m ²
浴 室	2 室	2 8 . 7 1 2 m ²
医 務 室	1 室	1 2 . 2 8 8 m ²

* 上記の施設・設備は、厚労省が定める基準により通所介護施設に必置が義務づけられている施設・設備です。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して通所介護事業サービスを提供する職員として、以下の種類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（兼務）	1 名
2. 介護職員	4 名以上	2 名
3. 生活相談員	1 名	1 名
4. 看護職員	2 名（兼務）	1 名
5. 機能訓練指導員	1 名	1 名

* 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

4. 営業日及び営業時間

- ・ 営業日 月曜日～土曜日（ただし 12 月 31 日から 1 月 3 日は除く。）
- ・ 営業時間 9 時～17 時

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利用者に負担いただく場合

があります。

- （1） 介護保険給付の対象となるサービス（契約書第 3 条、第 5 条参照）

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

〈サービスの概要〉

①入 浴

- ・ 毎日行います。

②排 泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

〈サービス利用料金 通常規模型通所介護費(1 日あたり)〉

別紙の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（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。）

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

- （1） 入浴介助加算に関わる費用

入浴を行った場合は 1 回につき、40 単位を加算します。

- （2） 栄養マネジメント加算に関する費用

低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画書を作成し、計画書に基づいてサービスの提供を実施し、定期的な評価と計画の見直し等を行った場合に加算します。

150 単位/回 ※月 2 回まで。原則 3 ヶ月

- （3） 口腔機能向上加算に関する費用

口腔機能低下又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画書を作成し、計画書に基づいてサービスの提供を実施し、定期的な評価と計画の見直し等を行った場合に加算します。

150 単位/回 ※月 2 回まで。原則 3 ヶ月

(4) 若年性認知症受け入れ加算に関する費用

若年性認知症の利用者を対象に、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に1日につき、60単位を加算します。

(5) サービス提供体制加算

- ・サービス提供体制加算Ⅰ 22単位／回(日)

介護職員のうち介護福祉士の割合が70%以上または勤続10年以上の介護福祉士が25%以上

- ・サービス提供体制加算Ⅱ 18単位／回(日)

介護福祉士の割合が50%以上

- ・サービス提供体制加算Ⅲ 6単位／回(日)

介護福祉士の割合が40%以上または勤続7年以上の介護福祉士が30%以上

ただし、1ヶ月ごとに更新している為、加算の条件に満たさない場合には、翌月のご請求が若干変更となる場合がございます。

(6) 中重度者ケア体制加算

介護度3以上の利用者が30%以上の場合に1日につき45単位加算します。

(7) 延長加算

- ・9時間以上10時間未満の場合は、+50単位
 - ・10時間以上11時間未満の場合は、+100単位
 - ・11時間以上12時間未満の場合は、+150単位
- 1日につき算定させていただきます。

(8) 認知症加算

日常生活自立度Ⅲ以上の利用者様が20%以上いる場合には、自立度Ⅲ以上の方に1日60単位を加算させていただきます。

(9) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条、第5条参照）

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（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および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 昼食：12：00～13：30

②教養娯楽費（レクリエーション・クラブ活動）

- ・ご利用者のご希望により実施した教養娯楽費の材料費、遠足旅行（外出レクリエーション）の実費、講師謝礼等の実費。

③オムツ・パット費・医療材料費

- ・施設常備のオムツ類等もご用意しております。（金額は別紙記載）

（６）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、月末締めで計算し、翌月１０日までに請求書送付いたしますので、以下の方法で２５日までにお支払い頂きます。

☐ 金融機関からの自動引落とし

（１ヶ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いたします。）

常陽銀行	久下田支店	（普通）
（名義）	社会福祉法人 福桜会	口座番号 １１８３００

◎自動引落としの手数料につきましては施設負担といたします。

６．身体拘束の禁止

ご利用者又は他のご利用者等の生命または身体を保護するため「緊急やむを得ない場合」を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。

＊ 「緊急やむを得ない場合」とは痴呆性高齢者が暴れて本人もしくは他のご利用者または施設の設備等に危害を及ぼす危険性があるなどの場合をいいます。

＊ 「緊急やむを得ず身体拘束を行う場合」はその様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。

７．守秘義務（契約書第１０条参照）

事業者、サービス従事者、従業員は業務上知りえたご利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なくほかのサービス従事者や従業員に漏洩いたしません。

（１）従業員は採用時の雇用契約において遵守するむね締結します。

（２）守秘義務は本契約の終了後又は事業者の破産、施設のもしくは従業員が退職した後も存続します。

８．情報提供

（１）ご利用者に医療上、介護上、緊急の必要性がある場合には事業所は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できます。

（１）ご利用者が退所される場合で退所のための援助を行う際に、ご利用者に関する情報を提供する場合あらかじめ文書でご利用者の同意を得るものとします。

９．緊急時の対応

火災・事故・容態急変

発見者 → 生活相談員 → 管理者 → 市町村へ報告

↓
看護職員

真岡警察署
真岡消防署二宮分署
前記協力機関

緊急時における責任者 施設長 佐藤 里美

(2) ご利用者に対する通所介護の施設の提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

(3) 事故発生時における職員の対応方針を定めた事故対応マニュアルを作成し、職員に徹底いたします。

10. 非常災害対策

施設の消防計画書に基づき訓練計画を立て、非常災害に備えるため定期的に非難、誘導、救出その他の訓練を行ないます。

状況により非常災害時には御家族様に送迎を依頼する事もありますので御了承下さい。

11. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付（契約書第22条参照）

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ています。

○ 苦情受付窓口（担当者） 高松 千穂 [職名] 事務課長

○ 受付時間 8:30～17:30

○ 電話番号 0285-74-5520

* お受けしました苦情につきましては、事業所内に設置してあります苦情解決委員会に諮りその結果を踏まえて対応させていただきます。

(2) 当施設における苦情解決体制（苦情解決委員会）

苦情解決責任者	役職名	施設長		
	氏 名	佐藤 里美		
苦情解決担当者	役職名	事務課長		
	氏 名	高松 千穂		
第三者委員	氏 名	菅又 英子	住 所	真岡市久下田852番地1
	氏 名	添野 トモ子	住 所	真岡市石島731-2

(3) 行政機関その他苦情受付機関

二宮コミュニティーセンター 福祉国保窓口係	所在地 栃木県真岡市石島893番地15 電話番号 0285-74-5004
真岡市役所 介護保険課	所在地 栃木県真岡市荒町5191 電話番号 0285-83-8094
益子町役場 健康福祉課	所在地 栃木県益子町益子2030 電話番号 0285-72-2111
小山市役所 福祉課	所在地 栃木県小山市中央町1丁目1番地1号 電話番号 0285-23-1111
筑西市役所 社会福祉課	所在地 茨城県筑西市下中山732番地1 電話番号 0296-24-2111

栃木県国民健康保険 団 体 連 合 会	所在地 栃木県宇都宮市本町 12 番地 11 電話番号 0 2 8 - 6 4 3 - 2 2 2 0
栃 木 県 運 営 適 正 化 委 員 会	所在地 とちぎ福祉プラザ内 電話番号 0 2 8 - 6 2 2 - 2 9 4 1

※ 苦情・相談の流れは別紙に記載してありますので、ご参照ください

1 2. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されているご利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(ア) 持ち込みの制限

利用にあたり、下記のものは原則として持ち込むことができません。

動物、火気類、ナイフなどの危険物等、

1 3. サービス内容の説明等について

通所介護施設の利用開始に際し、あらかじめご利用者又はその家族に対し、介護従事者の勤務の体制、提供するサービス内容と利用料金、協力医療機関、その他利用者のサービスに資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、ご利用申込者の同意を得るものとします。

1 4. 衛生管理及び感染症対策

通所介護施設の介護サービスを提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意します。

従業員は、食中毒及び感染症の発生を予防するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保ちます。

1 5. 損害賠償について（契約書第 1 1 条参照）

当施設において事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

1 6. 事故発生・再発防止のための措置

当施設はご利用者に対する指定介護老人福祉サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに保険者、ご利用者の家族等への連絡を行うと共に必要な措置をとらせていただきます。

また、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置を記録すると共に職員の対応方針を定めた事故マニュアルに基づき対応させていただきます。

令和 年 月 日

通所介護事業サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

通所介護事業所 特別養護老人ホーム桜の華デイサービス
説明者 職名 生活相談員 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、内容及び通所介護事業サービスの提供開始に同意いたします。

上記の同意を証するための署名捺印のうえ2通作成し、1通を受領いたしました。

契 約 者 住所
氏名 印

代理契約者 住所
氏名 印

令和7年4月1日 改定