老人デイサービスセンターさくら苑

指定通所介護

通所介護・予防通所介護

第１号通所事業（日光市通所介護相当サービス）

（介護予防・日常生活支援総合事業）

重 要 事 項 説 明 書

１．当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話　：　**0288-26-4141**

相談担当:　菊地　辰男

（日曜・年末年始 12 月 31 日～1 月 3 日は休み）

２．サービス提供時間

	サービス提供日時	休　日
デイサービス	8:30～17:30	日曜日・年末年始 12 月 31 日～1 月 3 日

３．事業所の概要

（１）提供できるサービスの種類

事業所名称　：　老人デイサービスセンターさくら苑

所在地　：　〒321-2332 栃木県日光市大室 863 番地 7

電話番号　：　0288-26-4141

介護保険番号　：　第 0970700399 番号

（２）同事業所の設備概要

定員	月曜～金曜 25 名 土曜 15 名	浴室	一般・個別浴 ・特殊浴槽
静養室	1 室	相談室	1 室
送迎車	リフト付きワゴン車 2 台 ワゴン車 1 台　計 3 台	事務室	1 室

４．職員構成

	常　勤		常　勤
管理者	１名（本体と兼務）	看護職	２名（1名は兼務）
事務長	１名（本体と兼務）	介護職	５名
生活相談員	２名	機能訓練指員	１名
事務員	２名（本体と兼務）	管理栄養士	１名（本体と兼務）

５．サービス内容と利用料金

（１）介護保険、日光市介護予防・日常生活支援総合事業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（9割又は8割又は7割）が介護保険（通所介護・予防通所介護)、または日光市介護予防・日常生活支援総合事業（第 1号通所事業）から給付されます。

【サービスの概要】

① **食　事**（ただし、食事代は別途いただきます。）

・当事業所では管理栄養士の献立表により、栄養並びに入所者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

・食事時間（配膳）　昼食 12：00～

＊療養食については別途費用をいただきます。

②**入　浴**

・利用者の身体状態に合わせて一般浴、個別浴槽、特殊浴槽などを通所介護計画に基づき行います。

・健康状態により入浴を中止することもあります。

②　排　泄

・利用者の状態に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立について適切な援助を行います。

③ **機 能 訓 練**

・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回復またはその減退を防止するため機能計画を立案し必要な機能訓練を行います。

⑤**健 康 管 理**

・利用者の健康状態を把握する為にも、利用日には必ず血圧、体温等を測定します。

⑥**社会生活上の便宜**

・当事業所では、日常生活に潤いと和やかさのある生活をして頂くために適宜、行事、レクリエーションを行うなどゆとりある明るい場の提供に努めます。

（２）介護保険、日光市介護予防・日常生活支援総合事業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、原則としてサービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

②行事、レクレーションの参加にあたり利用料金・材料代等の実費をいただくことがあります。

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録を閲覧できますが、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。

一枚：10 円

④ その他必要な費用

デイサービスご利用時、生活していただく上でご契約者にご負担いただくことが適当であるものは必要経費をご負担いただきます。

（例）**おむつ代等など**

指定通所介護サービス

通所介護利用料　　・・・所要時間（滞在時間）7 時間以上 8 時間未満

要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
サービス利用単位	**658 単位**	**777 単位**	**900 単位**	**1,023 単位**	**1,148 単位**
その他利用実績に応じた自己負担	**入浴介助加算（Ⅰ）：40 単位**（一般浴・機械浴） **個別機能訓練加算（Ⅰ）イ：56 単位（月曜日～金曜日）土・日は除く** **通所介護サービス提供体制加算Ⅱ：18 単位** **科学的介護推進体制加算：40 単位/月** **介護職員等処遇改善加算（I）：9.2%**（所定単位数の合計に乗じます）				
報酬単価	介護報酬一単位当りの単価：**10.14**				
食事代	**650** 円				
おやつ代	**100** 円				
お茶会代	月に 2 回程度行われるお茶会の、お菓子と飲み物代として **200 円**　　いただきます				
日用品費	日常生活品（マスク・おむつ・パット等）の購入代金等ご利用の日常生活に要する費用を実費でいただきます。				
教養娯楽費	レクリエーション・クラブ活動の材料・経費等を実費で頂きます				
概算での１日当りのご利用料金（負担額１割）	**1,605 円**（855 円＋650 円+100 円）	**1,737 円**（987 円＋650 円+100 円）	**1,873 円**（1,123 円＋650 円+100 円）	**2,010 円**（1,260 円＋650 円+100 円）	**2,148 円**（1,398 円＋650 円+100 円）
概算での１日当りのご利用料金（負担額２割）	**2,460 円**（1,710 円＋650 円+100 円）	**2,724 円**（1,974 円＋650 円+100 円）	**2,995 円**（2,245 円＋650 円+100 円）	**3,269 円**（2,519 円＋650 円+100 円）	**3,545 円**（2,795 円＋650 円+100 円）
概算での１日当りのご利用料金（負担額３割）	**3,315 円**（2,565 円＋650 円+100 円）	**3,710 円**（2,960 円＋650 円+100 円）	**4,118 円**（3,368 円＋650 円+100 円）	**4,528 円**（3,778 円＋650 円+100 円）	**4,942 円**（4,192 円＋650 円+100 円）

※〈送迎について〉旧日光市、旧藤原町にお住まいのご利用者様に関しましては、介護所定単位数の５％を追加徴収させて頂きます。（通所介護中山間地域提供加算）

＊ 科学的介護推進体制加算は別途１ヶ月につき、１割４５円、２割９０円、３割１３４円程度かかります。

通所介護サービス利用の中止・変更・追加（契約書第 8 条参照）

・利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、も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出てください。

・利用予定日の前日もしくは当日午前８時までに申し出がなく、当日の午前８時過ぎに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。

但し、ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日から当日午前 8 時 00 分までに申し出があった場合	無　料
利用予定日の当日午前 8 時 00 分までに申し出がなかった場合 利用日の食材準備の都合上実費分いただきます。	**食事代 650 円**

通所介護・予防通所介護

第１号通所事業（日光市通所介護相当サービス）

介護予防・日常生活支援総合事業

第１号通所事業（日光市通所介護相当サービス）利用料

サービス内容	通所独自サービス１ (週１回程度)	通所独自サービス/22 (週１回程度)	通所独自サービス２ (週２回程度)
算定単位	**1,798** 単位	**1,798** 単位	**3,621** 単位
その他利用実績に応じた自己負担	サービス提供体制強化加算Ⅱ：**72** 単位	サービス提供体制強化加算Ⅱ：**72** 単位	サービス提供体制強化加算Ⅱ：**144** 単位
	送迎減算：－47 単位/回 ただし、独自サービス１、212 は１月のつき 376 単位の範囲内で減算 また、独自サービス２は１月につき 752 単位の範囲内で減算 **科学的介護推進体制加算：40 単位/月** **介護職員等処遇改善加算Ⅰ：9.2%**（所定単位数の合計に乗じます）		
報酬単価	介護報酬一単位当りの単価：**10.14**		
食事代	**650** 円		
おやつ代	**100** 円		
お茶会代	月に２回程度行われるお茶会の、お菓子と飲み物代として **200** 円　いただきます		
日用品費	日常生活品（マスク・おむつ・パット等）の購入代金等ご利用の日常生活に要する費用を実費で頂きます		
教養娯楽費	レクレーション・クラブ活動の材料・経費等を実費で頂きます		
一ヶ月当りのご利用料金	１割負担　**2,116** 円／月 ＋食事+おやつ ２割負担　**4,231** 円／月 ＋食事+おやつ ３割負担　**6,346** 円／月 ＋食事+おやつ	１割負担　**2,116** 円／月 ＋食事+おやつ ２割負担　**4,231** 円／月 ＋食事+おやつ ３割負担　**6,346** 円／月 ＋食事+おやつ	１割負担 **4,214** 円／月 ＋食事+おやつ ２割負担 **8,427** 円／月 ＋食事+おやつ ３割負担 **12,640** 円／月 ＋食事+おやつ

＊　〈送迎について〉旧日光市、旧藤原町にお住まいのご利用者様に関しましては、介護所定単位数の５％を追加徴収させて頂きます。（通所介護中山間地域提供加算）

第１号通所事業（日光市通所介護相当サービス）総合事業利用の中止・変更・追加

（契約書第８条参照）

☆利用予定日の前に、ご契約者の都合により、**第１号通所事業（日光市通所介護相当サービス）**の利用を中止、変更することができます。この場合に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。

☆月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防ケアマネジメント計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合､又は介護予防ケアマネジメント計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

☆ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防ケアマネジメント計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防ケアマネジメント計画の変更又は**日光市通所介護相当サービス**認定の変更申請､要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

☆月ごとの定額制または、契約日から日割りで算定する以外に、以下に該当する場合は日割りで算定し、請求を行います。

１、月途中に要介護から日光市通所介護相当サービスに変更となった場合

２、月途中に日光市通所介護相当サービスから要介護に変更となった場合

３、同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

☆月途中で要介護度等が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

☆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契約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提示して協議します。

☆利用予定日の当日午前９時 00 分までに申し出がなかった場合、利用日の食材準備の都合上実費分いただきます。（￥650）

（３）利用料金のお支払い方法

料金・費用は１か月ごとに計算しご請求いたしますので、翌月 25 日までに以下の方法でお支払いください。

■窓口での現金支払い　■口座引落（自動）　■指定口座へ振込

指定口座

金融機関名	鹿沼相互信用金庫 今市支店	口座番号	店番号　017 口座番号　4006286
名　義　人	社 会 福 祉 法 人 真寿会　理 事 長　熊谷　良子		

６.虐待の防止について

当施設は、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、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しています。

虐待防止に関する担当者　　介護職　　関本康男

（2）虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っていきます。
（3）虐待防止のための指針を整備しています。
（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、当施設従業者又は養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は、速やかに、これを市町村に通報します。

7．苦情の受付について

（1）当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。
○苦情解決責任者　（管理者）　猪野　晴雄
○苦情受付担当　（生活相談員）　菊地　辰男
○受付時間　月曜日～土曜日　8：30～17：30

（2）事実の確認
①サービスに関する苦情の事実関係について、サービス計画書・サービス提供記録表および苦情発生に携わった直接の関与者などからの聞き取り調査をします。
②確認の結果、利用者からの苦情等がサービスについての説明不足や誤解等による場合は、その旨を利用者に報告・説明し、了解を求めます。

（3）対応策の検討とサービス改善策
管理者および事業所の上記担当者は、事実確認を受けて苦情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、1週間以内には実行します。

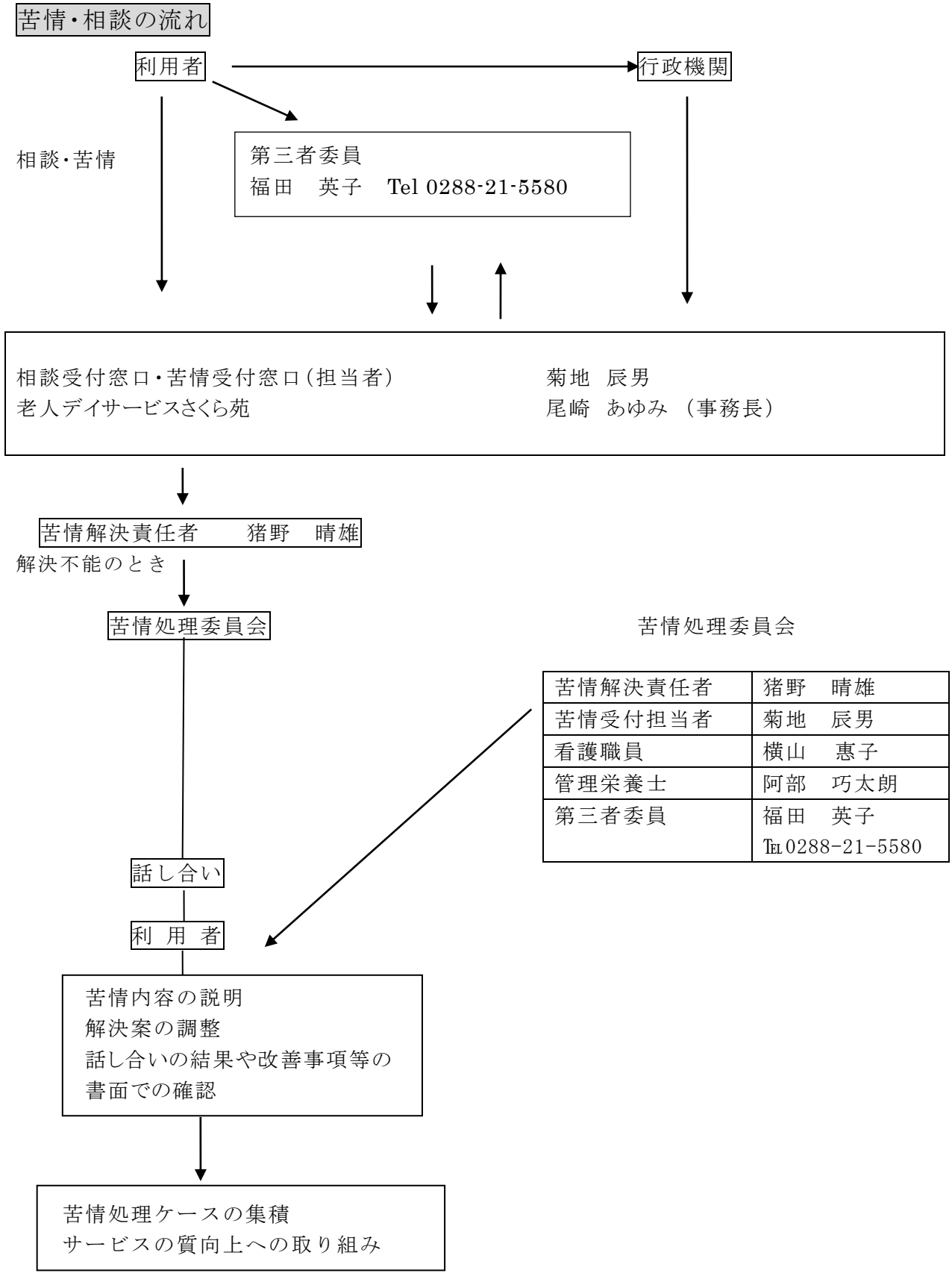
（4）利用者への報告とサービス向上への取り組み
①事業者としてサービス改善策を決定した段階でその旨を利用者に報告するとともに後日、その改善状況について利用者への聞き取りなどにより確認します。
②苦情処理ケースを集積し、施設内研修に反映するなど、サービスの質の向上に取り組みます。

（次頁、外部連絡先および苦情解決に向けたフローチャートを参照ください）

（５）行政機関その他苦情受付機関

①日光市役所　健康福祉部　高齢福祉課　Tel　0288-21-5100
Fax　0288-21-5105

②栃木県国民健康保険団体連合会　Tel　028-622-7242



苦情処理委員会

苦情解決責任者	猪野　晴雄
苦情受付担当者	菊地　辰男
看護職員	横山　惠子
管理栄養士	阿部　巧太朗
第三者委員	福田　英子 ℡0288-21-5580

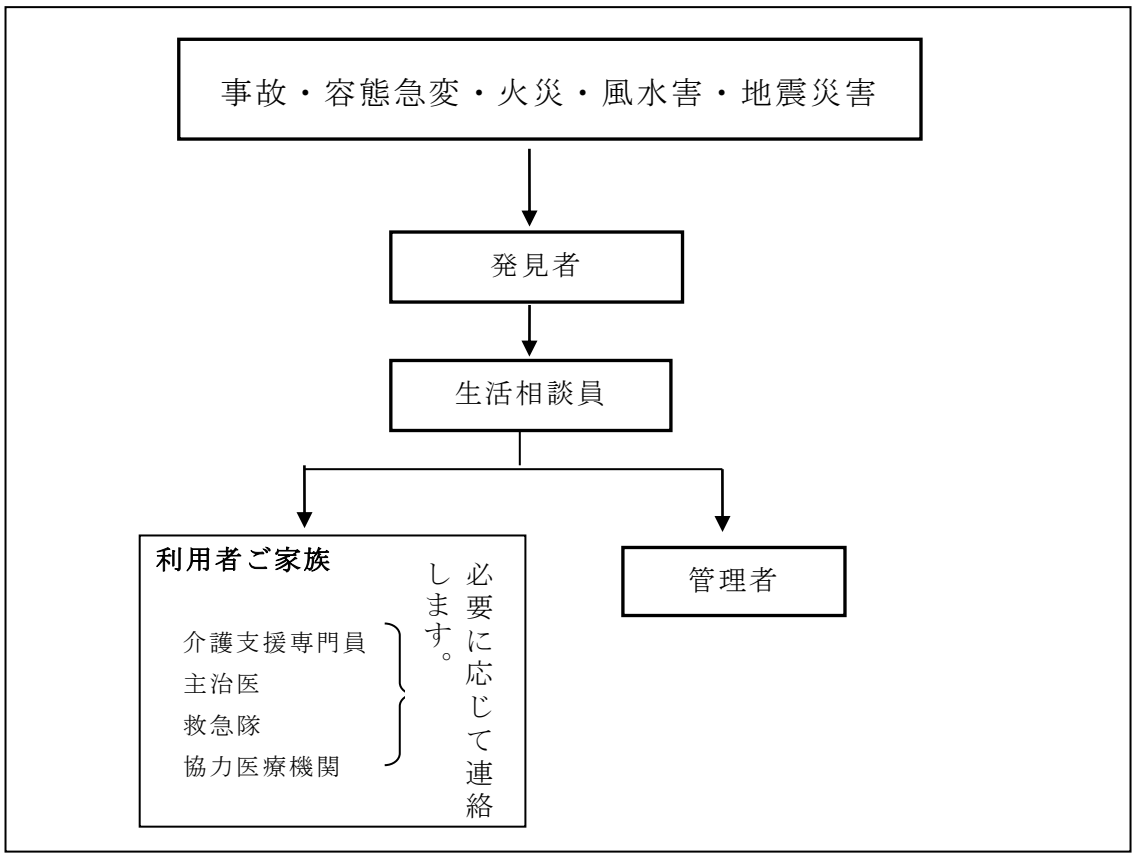
８.福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無　　有　・　(無)

直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示	1. あり　　2. なし

９．緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、ご家族、介護支援専門員、主治医、救急隊、協力医療機関等へ連絡します。



〈協力医療機関〉

医療機関	医療法人明倫会　今市病院
所在地	栃木県日光市今市３８１番地
電話番号	0288-22-2200

１０．身体拘束について

事業者及びサービス従業者は、契約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、身体拘束その他契約者の行動を制限する行為を行わないものとする。

１１．非常災害対策

老人デイサービスセンターさくら苑は、非常災害に関する具体的計画を策定し、防災管理者を配置して、毎年度定期的に避難及び救出訓練を実施します。

１２．緊急時の対応

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、速やかにご家族に連絡し、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。

１３．事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、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。

１４．守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。
また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従事者との雇用契約の内容としています。

１５．利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従事者教育を行います。

１６．損害賠償について

老人デイサービスセンターさくら苑において、事業者の責任によりご利用者様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します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

１７．その他（デイ帰宅時の対応について）

特記事項の　有・無

個人情報提供同意書

社会福祉法人　　真寿会

老人デイサービスセンター　さくら苑殿

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿及びその家族＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は介護サービス計画書に記載された内容および貴会が甲に対してサービスを提供する上で知り得た情報につき、甲がサービスの提供を受けるために必要な限度で、貴会が個人に関する情報を用いることに同意します。

令和　　年　　月　　日

甲（利用者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（親族等）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

広報誌・インターネットホームページ
写真掲載同意書

社会福祉法人　　真寿会

老人デイサービスセンター　さくら苑殿

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿及びその家族＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、貴会の活動を広く地域住民にお知らせするための広報誌、および運営するインターネットホームページへの写真掲載について、本書面により掲載の説明を受け、その趣旨に同意します。

令和　　年　　月　　日

甲（利用者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（親族等）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

特約事項

暴風雨・大雪・台風および地震災害時
サービスの休止・送迎遅延・早期ご帰宅の同意書

社会福祉法人　　真寿会

老人デイサービスセンター　さくら苑殿

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿及びその家族＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

主に気象の急速な変化による暴風雨・大雪・台風による気象災害発生予測がある場合、または地震災害時において、甲は貴会の運営規定を理解し、会の連絡により、送迎時の安全確保が困難と判断された場合には、サービス提供の休止、開始時刻の繰り下げ、送迎の遅延、また帰宅送迎の早期繰上げに対して、甲の安全を確保するうえで必要なことと理解し、貴会の判断に同意します。

令和　　年　　月　　日

甲（利用者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（親族等）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

サービス利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地　日光市大室 863－7
名　称　社会福祉法人　真寿会
　　老人デイサービスセンター　さくら苑

代表者

施設長　　猪野　晴雄

説明者

所属

氏名

私は本書面により、事業者からサービス利用契約時の重要事項についての説明を受け、内容に同意します。上記の内容を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名のうえ、各1通を保有するものとします。

利用者：

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人：

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿