重 要 事 項 説 明 書　　【総合事業】

当事業者はご契約者に対して介護予防･日常生活支援総合事業第一号事業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と契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

１．事業者

法　人　名	株式会社　かがやき
法人所在地	群馬県館林市赤土町 828－2
電話番号	0276－80－1002
代表者氏名	代表取締役　 後藤　輿四人
設立年月	昭和 61 年 7 月 17 日
事業者が行っている他の業務	指定通所介護　、 基準該当障害福祉サービス<生活介護>

２．事業所の概要

事業所の種類	介護予防･日常生活支援総合事業サービス
建物の構造	木造平屋 1 階建
建物の延べ床面積	延べ　308.04 ㎡
事業所の指定年月日	平成 31 年　4 月　1 日
介護保険事業所番号	1073101378
事業所の名称	デイサービスセンターかがやき新館
事業所の所在地	群馬県邑楽郡邑楽町篠塚 3070-1
電話番号	0276-89-8015
管理者	上野　由美
当事業所の運営方針	別添の運営規程のとおり
開設年月	平成 31 年　4 月　1 日
通常の事業の実施地域	邑楽町、大泉町、千代田町
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時05分（7時間05分）
受付時間	月～金曜日、8時00分～17時30分
休日	土曜日・日曜日及び、8/13～8/15、12/29～翌年 1/3
利用定員	53 人

３．職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防･日常生活支援総合事業第一号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ています。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	指定基準
1. 介護職員	8.6 名
2. 生活相談員	1 名
3. 看護職員	1 名
4. 機能訓練指導員	1 名

〈主な職員の配置状況〉

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士			1 名
機能訓練指導員	理学療法士			7 名
	作業療法士			
	看護師			
	看護師			
	看護師			
	看護師			
	准看護師			
看護職員	看護師			6 名
	看護師			
	看護師			
	看護師			
	看護師			
	准看護師			
生活相談員　兼　介護職員				17 名
	介護福祉士			
	介護福祉士			
	介護福祉士			
	介護福祉士			
	介護福祉士			
	介護福祉士			
	介護福祉士			
	介護福祉士			
	介護福祉士			
	介護福祉士			
	介護福祉士			
	介護福祉士			

	有資格	常勤	非常勤	計
介護職員	介護福祉士			11 名
	介護福祉士			

４． 提供サービスと利用料金

利用料金には以下の場合があります。

＜１＞利用料金が介護予防・日常生活支援総合事業から一部給付の場合

＜２＞利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

(1)介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業サービス

〈サービスの概要〉

① 入浴

② 機能訓練

機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための通所介護計画書及び運動器機能向上サービス計画書に基づいた訓練を実施します。

③ 排泄　　ご契約者の排せつの介助を行います。

④ その他自立への支援

- 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- 清潔で快適な生活が送れるような、適切な整容が行われるよう援助します。

⑤ 清潔の保持(失禁、嘔吐等で汚れてしまった場合に清潔ケアを行います。)

〈サービス利用料金(1ヶ月あたり)〉

下記の料金表によって、ご契約者の認定区分に応じたサービス利用料金で、介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業サービス費から計算された自己負担額をお支払い下さい。

(上記サービスの利用料金は、ご契約者の認定区分や加算サービスの有無に応じて異なります。)

介護予防･日常生活支援総合事業サービス費

ご契約者の要介護度		事業対象者	要支援　1	要支援　2
サービス利用料金		市町村によって決定 要支援1相当／要支援2相当	17,980 円	36,210 円
サービス利用に係る自己負担額	1割負担	市町村によって決定 要支援1相当／要支援2相当	1,798 円	3,621 円
	2 割負担	市町村によって決定 要支援1相当／要支援2相当	3,596 円	7,242 円
	3割負担	市町村によって決定 要支援1相当／要支援2相当	5,394 円	10,863 円

加算サービス ［選択サービス］

加算サービス種類		生活機能向上 グループ活動加算	口腔機能 向上(Ⅰ)	口腔機能 向上(Ⅱ)
サービス利用料金		1,000 円	1,500 円	1,600 円
サービス利用に係る自己負担額	1割負担	100 円	150 円	160 円
	2割負担	200 円	300 円	320 円
	3割負担	300 円	450 円	480 円

＊口腔機能向上加算は、月2回を限度とします。

加算サービス種類		サービス提供体制強化(Ⅰ)		サービス提供体制強化(Ⅱ)		口腔･栄養 スクリーニング(Ⅰ)	口腔･栄養 スクリーニング(Ⅱ)
		要支援 1	要支援 2	要支援 1	要支援 1		
サービス利用料金		880 円	1,760 円	720 円	1,440 円	200 円	50 円
サービス利用に係る自己負担額	1割負担	88 円	176 円	72 円	144 円	20 円	5 円
	2割負担	176 円	352 円	144 円	288 円	40 円	10 円
	3割負担	264 円	528 円	216 円	432 円	60 円	15 円

＊口腔･栄養ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ加算は、6月に1回を限度とします。

加算サービス種類	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	サービス費用総額の 9.2%に相当する額

(2)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 食事

当事業所では、栄養並びにご契約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)12:00～13:00

＜金額＞　1食につき、600円(税込み)及び750円(税込み)の選択制

② 介護保険給付の支給限度額を超える(介護保険給付外)のサービス

介護保険給付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契約者の負担となります。

③ レクリエーション(以下レク)、ｸﾗﾌﾞ活動

ご契約者の希望によりレクやｸﾗﾌﾞ活動に参加していただくことができます。

＜利用料金＞ 材料代等の実費をいただきます。

④ リネン代（入浴で必要な利用者に対して）

入浴時の入浴タオルの貸し出し(フェイスタオル2枚、バスタオル1枚、バスマット1枚、あかすりタオル1枚)、タオル類の業者洗濯・搬入代としていただきます。

＜金額＞ 1回につき、200円(税抜き)

⑤ 日常生活上必要となる諸費用及び通常の実施地域外の送迎の実費

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及び通常の実施地域外の送迎費用を負担いただきます。

内 容	金 額
尿とりパット	50 円(税抜き)
リハビリパンツ	150 円(税抜き)
紙オムツ	100 円(税抜き)
マスク	20 円(税抜き)
通常の実施地域以外の送迎	通常の実施地域を超え、1km増す毎に500円(税抜き)

⑥ 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。

内 容	金 額
1枚につき	10 円(税抜き)

(3)前記の①から⑥に記す費用については、事前に利用者又はその家族に説明し自由な選択に基づいて同意を得て支払いを受けるものとします。

利用料金のお支払い方法

1か月ごとに計算し、利用翌月の27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)にご指定口座より口座振替によるお支払いとなります。

(4)利用の中止、変更、追加

・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、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７日前午後5時までに事業者に申し出てください。

利用予定日の7日前午後5時までに申し出があった場合	無料
利用予定日の7日前午後5時までに申し出がなかった場合	昼食代(昼食利用の場合) 実費(レク材料費等)

5. 苦情の受付等について

（1）当事業所における苦情の受付

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ます。

○苦情受付窓口（担当者）　管理者　上野由美　TEL　0276—89－8015

○苦情受付の曜日と時間　月曜日～金曜日　8:00～17:30　8/13～8/15、12/29～翌年 1/3 除く

また、当事業所に限らず、下記の窓口にても苦情の受付をおこなっております。

＊　邑楽町　福祉介護課（邑楽町役場内）　0276－88－5511（代表）

＊　大泉町　高齢介護課（大泉町保健福祉総合センター内）　0276－62－2121（代表）

＊　千代田町　介護保険課（千代田町総合保健福祉センター内）0276－86－7000（代表）

＊　邑楽町　地域包括支援センター（邑楽町役場内）　0276－80－9300（直通）

＊　大泉町　地域包括支援センター（保健福祉総合センター内）　0276－63－2294（直通）

＊　千代田町　地域包括支援センター（千代田町役場内）　0276－86－6227（直通）

＊　群馬県　国民健康保険連合会　苦情相談窓口　027－290－1323（直通）

（2）苦情処理の流れ

・関係機関に苦情申立があった場合

利用者

↓　苦情・要望

受付・事務の確認　→内容報告・調査　※指定居宅介護支援事業所（担当ケアマネジャー）

↓

対応策の検討　→内容報告・調査　※ケアマネ、市町村（自治体）、国民健康保険団体連合会

※管理者、生活相談員、介護看護

↓

サービス改善の実施

↓

苦情処理ケースの実施、サービスの質の向上への取り組み

６. 事故対応について

利用者の心身にかかわる不測の事故が発生した場合、サービス担当者は速やかに利用者等の生命や健康及び安全な生活を確保するよう努めます。

（事故発生時の流れ）

緊急時（意識が無い場合等）	軽度の場合（意識がある場合等）
↓	↓
救急車を要請及び主治医に連絡	主治医に連絡し指示を受ける
↓	↓
家　族　等へ連絡	必要に応じ病院受診（救急車要請有）
↓	↓
必要に応じ管理者等へ連絡	家　族　等へ連絡
↓	↓

関係機関への連絡　　　　　　　　　　　　必要に応じ管理者等へ連絡
関係機関への連絡

７. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全･確保やプライバシーの保護などに配慮する等、契約書第 12 条に規定される義務を負います。

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

①ご契約者の生命、身体、財産の安全･確保に配慮します。 ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。 ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し5年間保管するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。 ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。 ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。 ⑥事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務） ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

８． 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約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。ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を免除若しくは、減じる事とします。

９． サービスの利用に関する留意事項

(1)持ち込みの制限

・利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。酒類、火気危険物等

(2)施設･設備の使用上の注意

・施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

・当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動

を行うことはできません。

(3)喫煙

・事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。(原則、敷地内は禁煙となります。)

１０．サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

①ご契約者が死亡した場合
②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により当事業所を閉鎖した場合
④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)
⑦事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。)

(1)ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

①正当な理由なく、事業者が本契約に定めるサービスを提供しない場合。
②契約書第 12 条に定める守秘義務に違反した場合。
③ご契約者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められるとき。

(2)事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させて頂くことがあります。

①ご契約者 又はその家族、関係者 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い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
③ご契約者 又はその家族、関係者 が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
④契約者又はその家族、関係者が、施設や施設職員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどのハラスメント((身体的暴力や身体的な力を使って危害を及ぼす行為(物を投げつける、叩かれる、蹴られる、唾を吐く等)、精神的暴力や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(大声を発する、怒鳴る、特定の職員にいやがらせをする、威圧的な態度で文句を言い続ける、「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する等)、セクシュアルハラスメント(以下「セクハラ」という)(性的ないやがらせ行

為、意に添わない性的誘いかけ、入浴介助中、あからさまに性的な話をする、好意的態度の要求等、必要もなく手や腕を触る、抱きしめる等））を行う場合。

(3)契約の一部が解約又は解除された場合

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4)契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

１１．提供サービス第三者評価機関の受審の有無

無し

お願い

利用者様・ご家族様との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いケアを提供できるよう以下の点についてご協力ください。

○ 飲食物の持ち込みはご遠慮ください。

ペットボトル・マイボトル・飴等の施設内の持ち込みは原則お断りしています。医師等からの指示によりお持ちになる場合は、スタッフにご連絡をお願い致します。

○ ペットをゲージへ入れる、リードにつなぐ等の協力をお願いします。

大切なペットを守るため、また、職員が安全に送迎を行うためにも、リードをつけていただくか、ゲージや居室以外の部屋へ保護するなどの配慮をお願いします。職員がペットにかまれた場合、治療費等のご相談をさせていただく場合がございます。

○ 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。

職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

「介護現場におけるハラスメントに関する調査研究事業」実態調査によると、1年間で利用者からハラスメントを受けた内容の割合

身体的暴力 67．9%
精神的暴力 73．4%
セクシャルハラスメント 49．4%

また、ハラスメントを受けてけがや病気になった職員は1～2割
仕事を辞めたいと思った職員は4割を超えています。

ハラスメントの定義（厚労省マニュアルより抜粋）

1） 身体的暴力
例）・手を払いのけられる　・たたかれる　・蹴られる
・噛みつかれる　・コップをなげつける　・手をひっかく、つねる

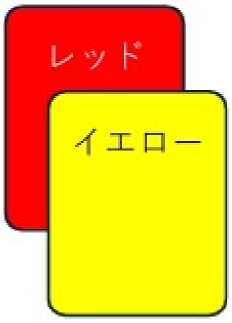
2） 精神的暴力
例）・大声を発する　・怒鳴る
・威圧的な態度で文句を言い続ける
・家族が利用者の発言をうのみにし、理不尽な要求をする

3） セクシャルハラスメント
例）・必要もなく手や腕をさわる　・抱きしめる
・卑猥な言動を繰り返す
・入浴介助中、あからさまに性的な話をする

かがやきのハラスメントへの取り組み

クロスサイン

利用者様（ご家族、関係者）より
ハラスメントに該当する言動があった場合、
その場で職員がクロスサインで意思表示します



職員よりクロスサインが出た場合は、
その言動をおやめください。
（契約書第20条三、四の不信行為やハラスメント行為となります）
クロスサインが出た場合は施設会議が開催され、
その状況に応じて、イエローカード（警告書）
またはレッドカード（契約解除通知）が発行されます。

レッドカード（契約解除通知）は利用中止となります。
イエローカード（警告書）は、その後、
ハラスメントが繰り返されたり、改善されない場合
にレッドカードとなり利用中止となります。

令和　　　年　　　月　　　日

介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業サービスの提供の開始に際し、
本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説 明 者

職 種 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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、介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業サービスの提供開始に同意し、受領しました。

利 用 者

住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

代 筆 者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印