

令和 年 月 日

# 「地域密着型通所介護」重要事項説明書

## デイサービスセンターほあんの家

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(藤岡市指定 第 1070900269 号)

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果、「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### ◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業所が行っている他の事業	2
4. 事業実施地域及び営業時間	2
5. 職員の配置状況	3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
7. 苦情の受付について	5
8. 提供するサービスの第三者評価の実施状況	6
9. 事故は発生の対応方法について	6
10. 非常災害時の対応方法について	6
11. 虐待防止に関する措置	6

## 1. 事業者

法人名 特定非営利活動法人たすけあいワーカーズ歓フォアン  
法人住所 群馬県藤岡市立石 668-1  
電話番号 0274-40-2512  
代表者氏名 理事長 小林 優子  
設立年月日 平成 12 年 3 月 26 日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 地域密着型通所介護事業所  
平成 14 年 10 月 1 日指定 藤岡市 1070900269 号
- (2) 事業所の目的 在宅生活を維持出来るような自立支援
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターほあんの家
- (4) 事業所の所在地 群馬県藤岡市立石 668-1
- (5) 電話番号 0274-40-2512
- (6) 管理者 小林 優子
- (7) 事業所の運営方針 『明日はわが身』利用者の立場に立って尊厳を守り、細やかに  
明るく支援
- (8) 開設年月日 平成 14 年 8 月 1 日
- (9) 利用定員 18 人

## 3. 事業所が行っている他の事業

第一号通所事業 平成 28 年 1 月 1 日指定 (旧介護予防通所介護) 藤岡市 1070900469 号  
第一号訪問事業 平成 28 年 1 月 1 日指定 (旧介護予防訪問介護) 藤岡市 1070900210 号  
指定障害者福祉サービス 平成 18 年 10 月 1 日指定 群馬県 1010900106 号  
有償運送  
自主事業 (制度外の支援事業)

## 4. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業実施地域 藤岡市 (平成 28 年 3 月までは高崎市もあり)
- (2) 営業日及び営業時間  
営業 月曜日～土曜日  
休日 日曜日 8/13～8/16 (お盆休み) 12/29～1/3 (年末年始休業)  
サービス提供時間 午前 9 時～午後 5 時

祝日提供時間 午前9時～午後3時  
 営業時間 午前8時40分～午後5時40分  
 延長時間 午後5時～午後9時

## 5. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して地域密着型通所介護サービス及び第一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ます。

職員の配置については、指定基準を厳守しています。

従業者の種類	員数	資格	職務内容
管理者	常勤1名 生活相談員と兼務		事業全般の管理
生活相談員	常勤兼務1名 (管理者と兼務)	介護福祉士	利用者・家族への相談業務・居宅支援事業との連携
介護職員	常勤兼務2名以上 (生活相談員と兼務)	※必要に応じて	介護・介助・レクリエーション
	非常勤専従1名以上 非常勤兼務1名以上	※必要に応じて	
看護職員	非常勤兼務1名以上 (機能訓練指導員と兼務)	看護師	利用者の健康管理
機能訓練指導員	非常勤兼務1名以上 (看護職員と兼務)	看護師	利用者の機能訓練業務
	非常勤専従1名以上	理学療法士	個別機能訓練

### 主な職種の勤務体制

- 1 介護職員 勤務時間 午前8時40分～午後5時40分  
\*原則として2名の介護職員が勤務します。
- 2 看護職員 勤務時間 午前9時～午後5時  
\*原則として1名の看護職員が勤務します。

## 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約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) 利用料金の全額を契約者に負担していただく場合があります。

### (1) 介護保険の給付の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（通常 9 割・8 割・7 割）が介護保険から給付されます。

・入浴 ・食事介助 ・排泄介助 ・送迎 ・機能訓練

\*加算対象サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業者と利用者で協議した上で通所介護計画に定めます。

### (2) サービスの概要と利用料金

#### ① 食の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1 回あたり 930 円（おやつ含む）

#### ② 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。

料金：1 枚につき 10 円

#### ③ 日常生活上必要となる諸費用：実費

④ 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ご負担いただくことが適当である物にかかる費用をご負担いただきます。

トレーニングパンツ代：実費

### (3) 利用料金のお支払方法（契約書第 6 条参照）

前記の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、引き落としの方法をおとりになるか、ご請求しますので、毎月月末までにお支払ください。

### (4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 7 条参照）

① 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、又は

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。

- ② 利用予定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事由がある場合は、この限りではありません。

\*利用予定日の前日までに申し出があった場合・・・無料

\*利用予定日の前日までに申し出がなかった場合・・・当日の利用料金の10%

- ③ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、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協議します。

(5) 利用料金表

別表記載参照

7. 苦情の受付について（契約書第20条参照）

- (1) 当事業所における苦情、ご相談は以下の窓口にて受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）

生活相談員：小林優子 小澤輝子

受付時間：日曜日・事業所指定休日以外の午前9時～午後4時

(2) 第三者委員会

当事業所にて依頼した第三者委員：三人の学識経験者

(3) 行政機関その他の苦情受付期間

藤岡市介護高齢課	所在地	藤岡市中栗須 327
	電話	0274-22-1211
	受付時間	午前8時30分～午後5時15分

国民健康保険団体連合会	所在地	前橋市元総社町 335-8
	電話	027-290-1323
	ファクス	027-255-5308
	受付時間	午前9時～午後4時30分 *土日祝日を除相談・

苦情等を受けたときは、苦情受付責任者が事案について検討と協議の上、誠意をもって回答を行い話し合いによる解決に努めます。また、その記録を保存するとともに、その内容を踏まえてサービスの質や信頼性の向上を図ります。

## 8.提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	無
直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示状況	

## 9.事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定居宅介護支援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。なお、事業者は損害賠償保険に加入しています。

## 10.非常災害時の対応方法について

非常災害に備えて、火災、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者を定めて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

防火管理者（介護士） 小澤 輝子

避難訓練 年2回

## 11.虐待の防止に関する措置

(1) 利用者の人権の擁護及び虐待等の防止のため、次の措置を講じます。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- ② 虐待の防止のための指針を整備しています。
- ③ 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しています。
- ④ 虐待防止担当者を置いています。

職名：管理者 氏名：小林 優子

- ⑤ 苦情処理体制の整備をしています。

(2) サービス提供中に職員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、速やかに市町村に通報します。

苦情解決責任者（管理者） 小林 優子

電話番号 0274-40-2512

営業時間 午前8時40分～午後5時40分 \*日曜・事業所指定休日を除く

令和 年 月 日

地域密着型通所介護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。

デイサービスセンターほあんの家

説明者職名

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、地域  
密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住 所

氏 名

印

上記の署名は私が代筆しました。

代筆 氏 名

印 続柄

住 所