

1. 事業の目的

社会福祉法人敬天会が開設する仁風荘デイサービスセンター（以下「事業所」という）が行う市町村介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス（以下「通所型サービス」という）の事業は、要支援状態等の利用者に対しその利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

2. 運営方針

利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。

事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。

通所型サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関への情報の提供を行います。

前各項のほか、市町村が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施するものとします。

3. 事業者の名称、所在地及び指定年月日等

名 称 仁風荘デイサービスセンター
 所 在 地 山形県北村山郡大石田町大字大石田甲574番地
 電話番号 0237-35-2920
 介護保険事業所番号 山形県0672400025
 事業の種類 大規模型通所介護（Ⅰ）

4. 事業者の経営主体の名称及び所在地

名 称 社会福祉法人敬天会
 所 在 地 山形県北村山郡大石田町大字大石田甲574番地

5. 施設の概要

- (1) 定 員 38名
- (2) 交通の便 JR大石田駅東口より徒歩で5分
- (3) 建物の構造等 鉄骨造2階建て
- | | | | |
|----------|---------|------|--------|
| 食堂・機能訓練室 | 135.65㎡ | | |
| 一般浴室 | 24.78㎡ | 機械浴室 | 14.88㎡ |
| 調理室 | 63.44㎡ | 静養室 | 71.89㎡ |
| 便所 | 23.36㎡ | | |
| 送迎車 | 5台 | | |
- (4) 営業日、営業時間及びサービス提供時間
- 営業日 月曜日～土曜日
- 営業時間 8:20～17:20
- サービス提供時間 9:20～16:30
- ただし、8月13日、8月16日、12月31日～1月3日を除きます。

(5) 主な職員の配置状況

| 職 種 | 人数 | 勤務形態 | 勤務時間 | 職 務 内 容 |
|---------------|----|-------------------------------|---------------------------|---|
| 管 理 者 | 1名 | 常勤兼務 | 8：30～17：30 | 従業者の管理及び、業務の管理を、一元的に行います。 |
| 事 務 部 長 | 1名 | 常勤兼務 | 8：30～17：30 | 管理者が不在時の代行を行います。 |
| 生活相談員 | 2名 | 常勤専従 1名 常勤兼務 1名 (介護職員) | 8：20～17：20 | 利用者及びその家族の相談に応じます。適切なサービスが提供できるよう整備し、外部との連携を行い、介護計画書を作成します。 |
| 看護職員 | 1名 | 常勤兼務 (機能訓練指導員) | 8：20～17：20 | 利用者の健康管理及び通所型サービスの提供を行います。 |
| 介護職員 | 7名 | 常勤専従 6名 常勤兼務 1名 (生活相談員) | 8：20～17：20 | 介護、相談及び援助、社会生活上の便宜等のサービス提供を行います。 |
| 機能訓練指導員 | 3名 | 常勤専従 2名 常勤兼務 1名 (看護師) | 8：20～17：20 10：00～11：00 | 利用者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必要な機能訓練を行います。 |
| パート (介護職員) | 1名 | 常勤専従 | 9：30～12：30 | 介護、相談及び援助、社会生活上の便宜等のサービス提供を行います。 |
| 事務職員 | 3名 | 常勤兼務 | 8：30～17：30 | 必要な事務を行います。 |
| 調理職員 | 2名 | 常勤専従 1名 非常勤専従 1名 | 8：30～17：30 | 調理を行います。 |

(6) 通常の事業の実施地域 大石田町、尾花沢市全域

6. サービスの内容

- 送 迎 8人乗り（車椅子2台搭載可）リフト付きワゴン車、普通乗用車等を使用して送迎します。
 迎えのために8：30に当事業所を出発し、各家庭に送るために16：30に当事業所を出発します。
- 食 事 12：00に昼食を提供します。毎日献立を替え、各利用者の特性を踏まえた食事を提供します。
- 入 浴 各利用者の特性を踏まえ、一般浴槽又は個浴槽、座位式特殊浴槽を使用して入浴を行います。自立促進のため必要な介助を行います。
- 機能訓練 生活リハビリを主なプログラムとし、レクリエーションや創作活動を毎日行います。
- 生活相談 適宜相談を承ります。
- 介護予防 要支援等の利用者を対象に、創作活動や集団体操等の機能訓練を実施します。

7. 利用料金

通所型サービスを提供した場合の利用料の額は、市町村が定める第1号事業支給費の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用者から介護保険負担割合証に記載の割合に基づく額の支払いを受けるものとします。ただし、次に掲げる項目については、別に利用料金の支払いが発生します。

- (1) 食費代は、一食500円とします。
- (2) おむつ代は、実費とします。（持参して下さい）
- (3) 前各号に掲げるもののほか、通所型サービスの提供の中で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であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用は自費とします。

②前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名、押印を受けることとします。

(4) 支払い方法

口座振替にて翌月払いになります。翌月15日まで請求しますので20日までにお支払い下さい。

8. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

通所型サービス・支援計画に基づき通所型サービス計画作成と同時にサービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①次の場合、利用者やご家族が、サービスの終了を希望する1週間前までに文書で通知することにより即座にサービスを終了させることができます。

- ・事業者が正当な理由がなくサービスを提供しない場合
- ・事業者が守秘義務に反した場合
- ・事業者が破産した場合

②次の場合、事業者が文書で通知することにより、即座にサービスを終了させることができます。

- ・利用料金を3ヶ月以上遅延し、事業者が料金を支払うよう催告したにもかかわらず、14日以内に支払われない場合
- ・利用者が正当な理由なくサービスの中止を繰り返した場合
- ・利用者やそのご家族等が、事業者やその従業者に著しく背信行為を行なった場合

③次の場合、双方の通知がなくともサービスが終了します。

- ・利用者が死亡した場合
- ・利用者が介護保険施設等に入所又は入院した場合
- ・認知対応型共同生活介護が提供されている場合

9. ハラスメント

ハラスメントは、サービスの提供を困難にし、関わった従業員の心身に悪影響を与えます。下記のような行為があった場合、状況によっては重要事項説明書に基づきサービスの提供を停止させていただく場合がございます。

- (1) 性的な話をする。必要もなく手を触る等のセクシャルハラスメント行為
- (2) 特定の従業員に嫌がらせをする。理不尽なサービスを要求する等の精神的暴力
- (3) 叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力
- (4) 従業員や事業者に対して理不尽な苦情を申し立てる等の、その他の行為

10. 利用の際の留意事項

- ・体調不良等による中止と変更の場合は電話にてご連絡下さい。
- ・当日の健康チェックの結果、体調が悪かった際は利用を中止することがあります。又利用中に体調が悪くなった場合、入浴を中止することがあります。
- ・新型コロナウイルス、インフルエンザ、感染性胃腸炎等の感染性のある病気の場合、利用を中止していただくことがあります。
- ・提供したサービス内容は諸記録に記載し5年間保存します。又、利用者や家族の求めに応じ開示します。

11. 衛生管理

事業所で使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意し、事業所において、感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう、以下のように定めるものとする。

- (1) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヶ月に1回以上開催すると共に、結果について従業者に周知徹底を図る。
- (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の整備
- (3) 従業者に対する感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の実施
- (4) 前号に掲げるもののほか、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行う。

1 2. 身体的拘束廃止

サービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者等の生命及び身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他の行動を抑制する行為を行わない。やむを得ず身体的拘束を行うときは、利用者又は家族に身体拘束の方法、時間帯、心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過記録等の作成について説明し、同意を得るものとする。

1 3. 虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため以下のように定めるものとする。

- (1) 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するとともに、結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 従業者に対する虐待の防止の啓発・普及するための研修の実施
- (4) 前号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

1 4. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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（以下「業務継続計画」という）を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

事業所は、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するものとする。

1 5. 苦情の処理

(1) 苦情や相談の受付窓口

| | |
|-------------|--|
| 苦情受付 担当者 | 仁風荘デイサービスセンター 生活相談員 阿部 貴浩 |
| 電話番号等 | 電話番号 0237-35-2920 FAX 0237-35-2921 |
| 受付時間 | 施設内における面接による場合 10:00～16:00（土、日、祝祭日、8月13日、8月16日、12月31日～1月3日を除く） 電話による場合 10:00～16:00（土、日、祝祭日、8月13日、8月16日、12月31日～1月3日を除く） FAXによる場合 24時間 |

(2) 上記の事業所以外に、保険者である市町村と山形県国民健康保険団体連合会に苦情や相談をすることができます。

| | | |
|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| 大石田町保健福祉課介護保険係 | 999-4111 北村山郡大石田町緑町1番地 | TEL 0237-35-2111 FAX 0237-35-2118 |
| 尾花沢市福祉課高齢者福祉係 | 999-4292 尾花沢市若葉町一丁目2番3号 | TEL 0237-22-1111 FAX 0237-23-3004 |
| 山形県国民健康保険団体連合会 介護保険課 | 991-0041 寒河江市大字寒河江字久保6番地 | TEL 0237-87-8003 FAX 0237-83-3354 |

(3) 苦情処理の処理概要（社会福祉法人敬天会苦情解決規程に基づいて苦情の解決にあたります）

- ・ 苦情受付担当者は、苦情の受付から解決・改善までの経過及び結果を書面に記録します。
- ・ 苦情解決責任者（管理者）は苦情申出人との話し合いにより、速やかに解決できるよう努めます。
- ・ 苦情申出人は、第三者委員による立ち会い、調整、助言を要請できます。
- ・ 社会福祉法人敬天会苦情解決規程に基づいて苦情を解決できないときには、苦情解決責任者は苦情申出人に対して、山形県サービス運営適正化委員会を紹介します。

16. 緊急時における対応方法

事業所は、現にサービスの提供を行っているときに、利用者に病状の急変、その他の緊急事態が生じた場合は、速やかに当施設の主治医又は地域包括支援センター、他のサービス事業者等、緊急連絡先等への連絡を行う等の必要な措置を行う。

緊急連絡先

| | |
|-------|-------|
| 医療機関名 | 医療機関名 |
| 主治医 | 主治医 |
| 電話番号 | 電話番号 |

| | | |
|-----|------|------|
| 氏名 | 続柄 | 電話番号 |
| 住所 | | |
| 勤務先 | 電話番号 | |

17. 事故発生時における対応方法

事業所は、事故の発生又はその再発を防止するため、以下のように定めるものとする。

- (1) 事故が発生した場合等に、事実が報告されその改善策を従業者に周知徹底を図る体制を整備
- (2) 事故が発生した場合の対応及び事故発生の防止のための指針の整備
- (3) 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的実施

利用者に対するサービスの提供により事故が生じた場合は、速やかに県と市町村、地域包括支援センター、他のサービス事業者、利用者の家族等に連絡を行う等必要な措置を行う。なお、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うものとする。

18. 第三者による評価の実施状況

| | | | |
|-------------------|------|--------|-----------|
| 第三者による 評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| ② なし | | | |

19. その他運営に関する重要事項

事業所は、全ての従業者（看護職員、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとする。

令和 年 月 日

仁風荘デイサービスセンター（通所型サービス）の利用にあたり、本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

所在地 〒999-4111 山形県北村山郡大石田町大字石田甲574番地

名称 仁風荘デイサービスセンター

説明者 生活相談員 阿部 貴浩 印

令和 年 月 日

私は、本書面により、事業者から仁風荘デイサービスセンター（通所型サービス）の利用にあたり重要事項の説明を受け、同意しました。また、重要事項説明書を受領しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____

説明を受けた人

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄（利用者から見た） _____

利用料金表 （ 2025 年 4 月 1 日～ ）

● 大石田町

| 介護度 | サービス内容略称 | 単位数 | 10 割負担分 | 利用者負担の目安 | | |
|---------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|---------------|----------------|
| | | | | 1 割負担分 | 2 割負担分 | 3 割負担分 |
| 要支援 1 | 通所型サービス費 | 1,798 | 17,980 円 (1 月) | 1,798 円 (1 月) | 3,596 円 (1 月) | 5,394 円 (1 月) |
| | サービス提供体制強化加算 I | 88 | 880 円 (1 月) | 88 円 (1 月) | 176 円 (1 月) | 264 円 (1 月) |
| 要支援 2 | 通所型サービス費 | 3,621 | 36,210 円 (1 月) | 3,621 円 (1 月) | 7,242 円 (1 月) | 10,863 円 (1 月) |
| | サービス提供体制強化加算 I | 176 | 1,760 円 (1 月) | 176 円 (1 月) | 352 円 (1 月) | 528 円 (1 月) |
| 介護職員等処遇改善加算 I | | 利用総単位数の 9.2%の加算 | | | | |

※ 送迎サービスを利用しなかった場合、片道 47 単位 (470 円) の減算となります。

【 介護報酬以外の費用 】

1. 昼食代 500 円
2. おむつ・リハビリパンツ・尿取りパット代 実費(持参)になります。

利用料金表 （ 2025 年 4 月 1 日～ ）

● 尾花沢市

| 介護度 | サービス内容略称 | 単位数 | 10 割負担分 | 利用者負担の目安 | | |
|---------------|----------------|-----------------|---------------|-------------|-------------|---------------|
| | | | | 1 割負担分 | 2 割負担分 | 3 割負担分 |
| 要支援 1 | 通所型サービス費 | 436 | 4,360 円 (1 日) | 436 円 (1 日) | 872 円 (1 日) | 1,308 円 (1 日) |
| | サービス提供体制強化加算 I | 88 | 880 円 (1 月) | 88 円 (1 月) | 176 円 (1 月) | 264 円 (1 月) |
| 要支援 2 | 通所型サービス費 | 447 | 4,470 円 (1 日) | 447 円 (1 日) | 894 円 (1 日) | 1,341 円 (1 日) |
| | サービス提供体制強化加算 I | 176 | 1,760 円 (1 月) | 176 円 (1 月) | 352 円 (1 月) | 528 円 (1 月) |
| 介護職員等処遇改善加算 I | | 利用総単位数の 9.2%の加算 | | | | |

※ 送迎サービスを利用しなかった場合、片道 47 単位 (470 円) の減算となります。

【 介護報酬以外の費用 】

1. 昼食代 500 円
2. おむつ・リハビリパンツ・尿取りパット代 実費(持参)になります。