

I 重要事項説明書

II サービス内容説明書

湘南二宮デイサービスセンターはなの杜
(介護予防・日常生活支援総合事業:通所型サービス)

様

社会福祉法人 一燈会

I 重要事項説明書 (介護予防・日常生活支援総合事業)

利用者に対する介護予防・日常生活支援総合事業 (以下 総合事業)の通所型サービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 法人の概要

法人名称	社会福祉法人 一燈会
代表者氏名	理事長 山室 淳
本社所在地 電話番号	神奈川県中郡二宮町一色 1 4 3 5 - 1 0 4 6 3 - 7 3 - 3 3 7 3
法人設立年月日	平成 1 年 5 月 2 2 日

2 事業所の概要

事業所名	湘南二宮デイサービスセンターはなの杜
主たる事務所の所在地	神奈川県中郡二宮町川匂 2 0 6 - 1
介護保険事業所番号	1 4 7 1 3 0 0 2 7 5
電話番号	0 4 6 3 - 7 0 - 3 0 3 4
通常の事業の実施地域	二 宮 町 全域 大 磯 町 (石神台・月京・国府新宿) 中 井 町 (遠藤・北田・久所・田中・半分形) 小田原市 (小竹・小船・上町・川匂・羽根尾・中村原 前川・山西) ※通常の事業の実施地域以外の方は相談に応じます。 ※通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対し て行う送迎に要する交通費は徴収致しません。

3 営業時間 定員 単位 区分

営業日	月曜日～土曜日 (祝祭日も営業) ※日曜のみ休業
営業時間	午前 8 時 0 0 分～午後 5 時 1 5 分
サービス提供時間	☐ ①午前 1 0 時 0 0 分～午後 4 時 0 0 分 ☐ ②午前 1 0 時 0 0 分～午後 1 時 0 0 分
単位	1 単位
定員	4 0 名
区分	通所型サービス

4 事業所の職員体制 (令和8年9月～)

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常 勤 1 名 訪問介護管理者と兼務
生活相談員	1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	常 勤 1 名以上 非常勤 1 名以上 内、1 名以上 介護職員と兼務
看護師・ 准看護師 (看護職員)	1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	常 勤 1 名以上 非常勤 2 名以上 内、1 名以上機能 訓練指導員と兼務
介護職員	1 通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常 勤 3 名以上 非常勤 6 名以上 内、1 名以上 生活相談員と兼務
機能訓練 指導員	1 通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、そ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、機能訓練を行います。	常 勤 1 名以上 非常勤 1 名以上 内、1 名以上 看護師と兼務
歯科衛生士	1 口腔機能向上サービスを行います。	非常勤 1 名

(様式-杜通33-10)

5 利用料（負担割合証に記された負担割合が適応となります）

（1）総合事業 通所型サービス

介護予防・日常生活支援総合サービス 大磯町・中井町・二宮町		単位数	利用料 地域区分 6級地：10.27円	利用者負担額 (6級地：10.27) 円		
				1割	2割	3割
				10.27円	10.27円	10.27円
通所型サービス費						
事業対象者 要支援1	(一)5回／月 まで ※利用料/月	1,798	18,465	1,847	3,693	5,540
	(二)4回／月 まで ※利用料/回	436	4,478	448	896	1,344
要支援2	(三)9回／月 まで ※利用料/月	3,621	37,188	3,719	7,438	11,157
	(四)8回／月 まで ※利用料/回	447	4,591	459	918	1,377
加算等						
口腔機能向上加算（Ⅱ）／日 ※1月に1回を限度		160	1,643	165	329	493
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）／月 ※要支援1・事業対象者の方		24	246	25	50	74
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）／月 ※要支援2の方		48	493	50	99	148
送迎を行わない場合の減算／日		-47	-482	-49	-97	-145
科学的介護推進体制加算／月		40	411	41	82	123
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）口／月		所定単位数の 118/1000	左記の単位数 × 地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割

介護予防・日常生活支援総合サービス 小田原市		単位数	利用料 地域区分 5級地：10.45円	利用者負担額 (5級地：10.45) 円		
				1割	2割	3割
				10.45円	10.45円	10.45円
通所型サービス費						
事業対象者 要支援1	(一)5回／月 まで ※利用料/月	1,798	18,789	1,879	3,758	5,637
	(二)4回／月 まで ※利用料/回	436	4,556	456	912	1,367
要支援2	(三)9回／月 まで ※利用料/月	3,621	37,839	3,784	7,568	11,352
	(四)8回／月 まで ※利用料/回	447	4,671	468	935	1,402
加算等						
口腔機能向上加算（Ⅱ）／日 ※1月に1回を限度		160	1,672	168	335	502
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）／月 ※要支援1・事業対象者の方		24	251	25	50	75
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）／月 ※要支援2の方		48	502	51	101	151
送迎を行わない場合の減算／日		-47	-491	-50	-99	-148
科学的介護推進体制加算／月		40	418	42	84	126
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）口／月		所定単位数の 118/1000	左記の単位数 × 地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割

(様式-杜通33-10)

地域区分加算	事業所が所在する地域等を考慮し、平均的な費用の額を勘案して設けられた区分。介護報酬の地域格差をなくすために設けられています
口腔機能向上加算	(Ⅰ) 口腔機能が低下している、または口腔機能が低下するおそれのある利用者を対象にした加算 (Ⅱ) LIFEに口腔機能に関する情報提供を提供し、口腔衛生の管理を適切に行うため情報を活用していること
サービス提供体制強化加算	「質の高いサービスの提供」と「職員のキャリアアップの促進」を図るため、事業所内の介護福祉士の資格を保有している者の割合や勤続年数から、サービスの質が一定以上に保たれた事業所を評価する加算
科学的介護推進体制加算	科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進する加算
介護職員等処遇改善加算(11.8%) 所定単位数の118/1000	請求時に所定単位数に応じ、請求させていただきます。 ※介護職員の賃金の改善等を辞している事業所に対する加算

※介護保険からの給付額に変更が生じた場合、変更額に合わせて負担額を変更します。

(2) 実費

種 類	内 容	利用料
食費	ご利用者に提供する昼食の食材費・おやつ・調理コストにかかる費用	昼食・おやつ1回につき 850円
クラブ活動材料費	各種クラブ活動に使用する費用 ☐ 希望する ☐ 希望しない	・実費（必要時）
オムツ等	・紙おむつ型 ・パンツ型 ・尿取りパット	・1枚 150円 ・1枚 160円 ・1枚 40円
学習療法費	公文教材費用・個別対応サービス費用 ☐ 希望する ☐ 希望しない	月額 2,200円

6 虐待の防止について

事業者は、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に、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	管理者 浦 雅恵
-------------	----------

(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ます。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(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年2回以上実施しています。

サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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 緊急時又は事故発生時の対応について

(1) 緊急時の対応

利用者に病状の急変が生じた場合、その必要な場合には、速やかに主治医に連絡を取り、その指示に従います。また、必要な場合には、利用者及び保護者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(2) 事故発生時の対応

①利用者に対する通所介護サービスの提供により、事故が発生した場合は、すみやかに利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

②事故防止のため、委員会等において転倒、転落、誤飲、誤嚥、無断離脱などについて、具体的な事故防止の対策を関係職員に周知徹底すると共に、事故が生じた際にはその原因を解明し、対策を講じます。

③利用者に対する通所介護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。但し利用者の責に起因した事故の場合はその範囲ではありません。

8 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。	
避難訓練	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。	
防火管理者	浦 雅恵	
防災設備	避難階段	2箇所
	避難用すべり台	1箇所
	誘導灯	5箇所
	排煙装置	4箇所
	屋内消火器	あり
	自動火災報知機	あり

9 衛生管理等について

(1) 指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

(2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

(3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

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を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

(様式-杜通33-10)

1 0 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 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の実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 1 苦情申立窓口

湘南二宮デイサービスセンターはなの杜 ご利用者ご相談窓口	
	ご利用時間 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話 0463-70-3034 湘南二宮デイサービスセンターはなの杜 苦情受付担当者 浦 雅恵
二宮町	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時00分 ご利用方法 電話 0463-71-5348 受付担当 高齢介護課 介護保険班
大磯町	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時00分 ご利用方法 電話 0463-61-4100 受付担当 福祉課 高齢福祉係
中井町	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時00分 ご利用方法 電話 0465-81-5546 受付担当 健康課 高齢介護班
小田原市	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時00分 ご利用方法 電話 0465-33-1827 受付担当 高齢介護課 介護給付係
横浜市	ご利用時間 平日 午前8時45分～午後5時15分 ご利用方法 電話 045-671-3413 受付担当 健康福祉局 介護事業指導課
神奈川県国民健康保険団体連合会	
	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話 045-329-3447
	ご利用時間 平日 : ~ : ご利用方法 電話 受付担当

円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制、手順は次のとおりとします。

- ① 苦情があった場合、苦情処理台帳に記載します。
- ② 苦情についての事実確認を行います。
- ③ 苦情の対処について、関係者と協議し、管理者へ報告し、指示を受けます。
- ④ 苦情の改善等について、利用者及び関係者へ報告します。
- ⑤ 苦情処理についての結果等を苦情処理台帳に記載します。
- ⑥ 苦情処理は早急に行います。

12 カスタマーハラスメントへの対応について

- (1) 利用者又はその家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超える要求又は言動により、職員の就業環境を害するおそれのある行為（以下「カスタマーハラスメント」という。）について、職員の安全及び尊厳を確保し、適切な介護サービスを継続的に提供するため、組織として必要な対応を行うものとする。
- (2) 前項に定めるカスタマーハラスメントには、次に掲げる行為を含むものとする。
ただし、これらに限られるものではない。
 - ①暴言、威圧的な言動、人格を否定する発言
 - ・物を投げつける ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける ・怒鳴る、奇声、大声を発する
 - ②業務の範囲を超える過度又は不当な要求
 - ・対象範囲外のサービスの強要
 - ③合理性を欠く長時間の拘束や、執拗な要望・クレーム
 - ・介護従事者の体を触る、手を握る ・腕を引っ張り抱きしめる
 - ・ヌード写真を見せる ・性的な話し卑猥な言動をする など
 - ④その他、職員の就業環境を著しく害する行為
 - ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く ・ストーカー行為 など
- (3) 本事業所は、職員が安心して相談できる相談体制を整備し、職員研修や対応マニュアルを整備して、必要に応じて法人本部、関係機関等と連携しながら対応するものとする
- (4) カスタマーハラスメントが発生した場合、複数名による対応、事実関係の記録、管理者への報告等を行い、状況に応じて適切な対応を講ずるものとする。
- (5) カスタマーハラスメントが継続し、又は著しく悪質であると認められる場合には、サービス提供方法の見直しその他必要な措置について、利用者又はその家族等と協議を行うことがある。

Ⅱ サービス内容説明書 (介護予防・日常生活支援総合事業)

1 サービスの内容

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業(以下 総合事業)の通所型サービスは、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活などに関する相談・助言・健康上の確認・その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練等を行うサービスです。

(2) 事業者は、次の施設並びに重要事項説明書 3 営業時間 の日程によりサービスを提供します。

サービス提供を行う施設	所在地	神奈川県中郡二宮町川勾 2 0 6 - 1		
	名 称	湘南二宮デイサービスセンターはなの杜	電 話	0463-70-3034

(3) サービス提供に当たっては、「個別サービス計画書」等に沿って計画的に提供します。

2 サービス提供の記録等

(1) サービス提供をした際には、あらかじめ定められた「通所介護サービス記録書」等の書面に必要事項を記入します。

(2) 事業者は、一定期間ごとに（又は1か月ごとに）「個別サービス計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「通所介護サービス記録書」等の書面を作成します。

(3) 事業者は、前記の「通所介護サービス記録書」等の記録を作成完了後5年間は適正に保管し、利用者の求めがあった場合に閲覧に応じ、又は実費負担によりその写しを交付します。

3 サービス提供に対するご相談等について

(1) サービスについてご相談やご不満がある場合には、下記の連絡先までどんなことでもお寄せください。

連絡先（担当者） 浦 雅恵 （電話）：0463-70-3034

4 利用者負担金

(1) 利用者からいただく利用者負担金は、I 重要事項説明書 4 利用料 のとおりです。

(2) この金額は、総合事業：第一号通所介護について、市町村の決定に基づいた金額です。

(3) 利用料金のお支払いは、毎月1回、月末締め、翌月7日に請求書発行です。

サービスを提供した翌月の毎月15日（ゆうちょ銀行）、27日（ゆうちょ銀行以外の金融機関）のご指定の金融機関の口座から引き落としとなりますので、よろしくお願いいたします。

また、毎月現金でのお支払いを頂く場合は同月15日までのお支払いとなります。

5 キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。
連絡先（電話）：0463-70-3034

(2) 利用者の都合でサービスをキャンセルする場合には、サービス利用の8時30分までにご連絡ください。ご連絡頂けない場合は、次のキャンセル料を原則として申し受けますので、ご了承ください。

(3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

(4) やむを得ない場合は除きます。

連絡時間の期限	キャンセル料	備 考
サービス利用日当日（営業時間内）	850円	食事代

6 送迎について

あらかじめ送迎時間は指定させていただきますが、状況に応じて時間を変更させていただく場合もございます。また、交通事情や悪天候により指定の時間通りの送迎が困難な場合もございますので、ご了承ください。

送迎時間に間に合わない場合のご家族による送迎も可能です。その際にはご連絡ください。

7 その他

(1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご辞退させていただきます。

年 月 日

事業者 住 所 神奈川県中郡二宮町一色1435-1
事業者名 社会福祉法人 一 燈 会
代表者名 理 事 長 山 室 淳
(事業所名 湘南二宮デｲｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ はなの杜)

本書面に基づき重要事項説明書及びサービス内容説明書を説明し、交付しました。

説明者 氏 名 _____

年 月 日

私は、本書面に基づき事業者から重要事項説明書及びサービス内容説明書の説明を受け、同意し交付を受けました。

利用申込者 住 所 _____
氏 名 _____

保 証 人 氏 名 _____ (続柄)