

# 通所介護及・総合事業通所介護

## 重要事項説明書

通所介護サービス提供の開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

### 1、事業主体の概要

事業所の名称	社会福祉法人 緑山会
主たる事業所の所在地	山口県周南市大字須々万本郷 28 番地の 1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 齋藤 淳
連絡先	TEL 0833-48-8545 FAX 0833-44-9512

### 2、ご利用事業者の概要

名称	デイサービスセンター星ひろば		
所在地	山口県下松市古川町3丁目1-2		
電話番号	0833-48-8545		
FAX番号	0833-44-9512		
介護保険事業所番号	3570701049		
定員	110名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室	相談室	1室
浴室	一般浴槽・機械浴・施設内に特殊浴槽あり		
通常事業の実施地域	下松市、光市、周南市		

### 3、事業の目的と運営方針

事業の目的	社会福祉法人緑山会が開設する指定通所介護事業所 デイサービスセンター星ひろばが行う事業の適正な運営を確保するために、人員及び運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び看護師、介護職員、機能訓練指導員が、要介護状態もしくは要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護及び総合事業通所介護を提供することを目的とします。
運営の方針	1、事業所の従業員等は、利用者が要介護状態となった場合でも可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう必要な日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持、並びにご家族の身体的または精神的負担の軽減を図ります。 2、事業の実施に当たっては市町村・地域の医療・保健・福祉サービス機関等の綿密な連携を図りつつ、総合的なサービスの提供に努めます。

#### 4、当事業所の職員体制

	常 勤	非 常 勤	計
管 理 者	1名 有料老人ホーム管理者兼任		1名
生活相談員	3名 1名は管理者と兼任		3名
看護師 機能訓練指導員	4名 兼務	2名 兼務	6名 兼務
介 護 職 員	15名	12名	27名

#### 5、営業時間

営業日	日曜日以外	営業時間	8時30分～17時30分	サービス提供時間	9時10分～16時25分
-----	-------	------	--------------	----------	--------------

#### 6、サービスの概要

- ① 食 事 当事業所では、セントラルキッチン栄養士が立てる献立表により、季節に応じた食材を用いて、利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ② 入 浴 利用者の入浴または清拭を行います。利用者の体調に留意し、入浴時、更衣時には職員が必要に応じた介助をいたします。
- ③ 排 泄 必要に応じ、利用者の排泄の介助を行います。
- ④ 送 迎 原則として、ご自宅から、事業所まで専用の送迎車にてお送り致します。
- ⑤ 日常動作訓練 利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその低下を防止するための訓練を実施します。
- ⑥ 生活相談 必要に応じて利用者・ご家族の相談に応じ、関係機関のご紹介等適切な対応を心掛けます。

#### 7、サービスの利用料

##### (1) 利用料金の概要

- ① 介護保険サービス利用料 (大規模型通所事業費：7時間以上8時間未満)

通所介護利用料	1日あたりの利用単位	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(10%の場合)
要介護1	607単位	607円
要介護2	716単位	716円
要介護3	830単位	830円
要介護4	946単位	946円
要介護5	1,059単位	1,059円

その他の費用	1日あたりの費用	1日あたりの自己負担額
入浴介助加算	40単位	40円
個別機能訓練加算Ⅰイ、Ⅰロ	Ⅰイは56単位・Ⅰロは76単位	Ⅰイは56円・Ⅰロは76円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150単位	150円
サービス提供体制加算(Ⅲ)	6単位	6円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	各単位数合計の9.0%	
科学的介護推進体制加算	40単位/月	
個別機能訓練加算Ⅱ	20単位/月	

② 総合事業通所介護利用料

総合事業通所介護	1ヶ月あたりの単位数	介護予防適用時の1ヶ月あたりの自己負担額（10%の場合）
事業対象者・要支援1 1(週1回程度)	1,798単位	1,798円
事業対象者・要支援2 (週2回程度)	3,621単位	3,621円
事業対象者・要支援2 (週1回程度)	1,810単位	1,810円

その他の費用	1ヶ月あたりの費用	1ヶ月あたりの自己負担額
サービス提供体制加算 (Ⅲ)	週1回程度利用24単位 週2回程度利用48単位	週1回程度利用24円 週2回程度利用48円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	各単位数合計の9.0%	
科学的介護推進体制加算	40単位/月	

※ 自己負担は、1割負担の場合の金額を表示しています。自己負担額については、各利用者様の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。

※ 処遇改善加算について

介護における雇用と人材確保を目的として直接事業所に交付される「介護職員処遇改善交付金」が、この度の介護保険法改定（平成24年4月）により、「介護職員処遇改善加算」として創設されました。加算算定についてご理解いただきますようお願い申し上げます。

④ 実費サービスを利用する場合、1回利用（ ）円

⑤ 介護保険サービス料金以外で1日にかかる費用 700円（昼食の食材料費として）

8、支払い方法

月初めに前月分の請求書をお渡します。銀行引き落とし、銀行振込もしくは現金にて、介護保険サービス利用料の自己負担分と食材料費を合算した金額をお支払い下さい。お支払い頂きますと、領収証を発行致します。

8、虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。  
虐待防止に関する責任者（管理者・森脇 英敏）
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

### 9、身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。

(2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りです。

(3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

10、改定について この重要事項説明書を改定する場合、軽微な事項及び法改正に伴う事項については通知を持って同意を頂いたものとします。但し、変更事項に同意できない場合は契約を解約できるものとします。

11、感染症の予防及びまん延の防止のための措置 感染症の予防及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から必要時の委員会の開催、施設としての指針の整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施等取り組みます。感染予防の観点等から、ご利用者様又はご家族様の同意がある場合、サービス担当者議 等出席時、テレビ電話装置等（オンラインツール）を活用して行います。その際、個人情報の適切な取扱いには十分に留意いたします。

12、業務継続計画の策定等 感染症又は非常災害の発生において、利用者に対する指定介護の提供を継続的に実施するための計画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、その計画に従い必要な措置を講じます。事業者は、職員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実施 します。事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行います。

### 13、苦情申し立て

窓口担当者	生活相談員 成田 郁	苦情解決責任者	管理者 森脇 英敏
ご利用時間	午前8時30分～午後5時30分		月曜日～土曜日
ご利用方法	電話及び面接		
第3者委員会	堀町 春夫（児童民生委員）	0834-88-1030	
	中村 忠行（児童民生委員）	0834-88-0748	
その他の苦情相談窓口			
下松市役所長寿社会課	〒744-0015 下松市大手町3丁目3番3号	0833-45-1833	
光市高齢者支援課	〒744-0013 光市光井二丁目2番1号	0833-74-3003	
周南市高齢支援課	〒745-8655 周南市岐山通1丁目1番地	0834-22-8467	
山口市高齢福祉課	〒753-8650 山口市亀山町2番1号	083-934-2793	
国民健康保険団体連合会	〒753-8520 山口市朝田1980番地7	083-995-1010	

1 4、緊急時の対応方法

- ① 利用者の主治医または、協力医療機関に連絡を行い、医師の指示に従います。
- ② ご家族等、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	主治医氏名	
	医療機関名	
	連絡先	
協力医療機関	医療機関の名称	緑山会 下松中央病院
	院長名	梅野 哲弘
	連絡先	下松市古川町 3 丁目 1 - 1 TEL0833-41-3030

緊急 連絡 先		氏名	続柄	住所	電話番号
	①				
	②				
	③				

担当居宅介護支援事業所	住 所	担当ケアマネ

①もよりの警察、消防

下松警察署 0833-44-0110	下松消防署 0833-45-0119
--------------------	--------------------

1 5、非常災害対策

事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に、関係機関と連絡を密にし、とるべく措置についてあらかじめ防災及び避難に関する計画を作成します。防災計画に基づき、非常災害に備え、職員及び利用者に周知徹底を図るため、年 2 回以上避難、救出その他必要な訓練を実施します。

私は、本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、その内容に同意します。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(家族代表者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 印

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日