

通所介護及び総合事業通所介護 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 0834-88-2208 FAX 0834-88-2336

2、ご利用事業者の概要

名称	周南高原デイサービスセンター		
所在地	山口県周南市大字須々万本郷29番地の2		
電話番号	0834-88-2766		
FAX番号	0834-88-2769		
介護保険事業所番号	3570500250		
定員	35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・施設内に特殊浴槽あり		
通常事業の実施地域	周南市・下松市（島嶼部・離島を除く）		

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周南高原デイサービスセンター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	<p>1、事業所の従業員等は、利用者が要介護状態等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。</p> <p>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。</p>

4、当事業所の職員体制

	常 勤	非 常 勤	計
管 理 者	1名 (老人福祉施設 施設長兼任)		1名
生活相談員	3名 (兼務2名)		3名
看護師 機能訓練指導員	3名 (兼務3名)	1名 (兼務1名)	4名
介 護 職 員	8名 (専従4名 兼務4名)	4名 (専従2名 兼務2名)	12名

5、営業時間

営 業 日	日曜日及び12月30日～1月3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 (通常型通所事業費：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(10.14%)		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	658単位	667円	1,334円	2,001円
要介護2	777単位	787円	1,575円	2,363円
要介護3	900単位	912円	1,825円	2,737円
要介護4	1,023単位	1,037円	2,074円	3,111円
要介護5	1,148単位	1,164円	2,328円	3,492円
入浴介助加算(I)	40単位	40円	81円	121円
個別機能訓練加算(I)イ	56単位	56円	113円	170円

サービス提供体制加算Ⅲ	6単位	60円	12円	18円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		各単位数合計の9.0%		

② 総合事業通所介護

総合事業通所介護料	1ヶ月あたりの 利用単位数	1ヶ月あたりの自己負担額（周南市10.14%）		
		1割負担	2割負担	3割負担
通所型独自サービス1	1,798単位	1,823円	3,646円	5,469円
通所型独自サービス／22	1,810単位	1,835円	3,670円	5,506円
通所型独自サービス2	3,621単位	3,671円	7,343円	11,015円
通所独自サービス提供体制加算Ⅲ1	24単位	24円	48円	73円
通所独自サービス提供体制加算Ⅲ／22	24単位	24円	48円	73円
通所独自サービス提供体制加算Ⅲ2	48単位	48円	97円	146円
通所型独自サービス介護職員等処遇改善加算Ⅱ	各単位数合計の9.0%			

※ 自己負担については、介護保険適用分で、月の合計に対して周南市は10.14%
上記の表記載どおりです。下松市は10.00%なので1か月あたりの利用単位数がその
まま負担割合の金額になります。

※ 処遇改善加算について

「介護職員等処遇改善加算」の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。

※ 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。現金もしくは銀行振込にて、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、
領収証を発行いたします。

9、苦情申し立て

窓口担当者	武林 祥	苦情解決責任者	管理者 田中 竜太
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	岸村 敬士 88-0050	中山 良夫	25-1870
その他の苦情相談窓口			
・要介護1～5の方			
周南市役所高齢者支援課	0834-22-8467	下松市役所高齢福祉課	0833-45-1831
山口県長寿社会課	083-933-2774	国民健康保険団体連合会	083-925-2003
・要支援1～2及び事業対象者の方			
周南市役所地域福祉課	0834-22-8462	下松市役所高齢福祉課	0833-45-1838

10、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	電話
協力医療機関	医療機関の名称	医療法人 緑山会 周南高原病院
	院長名	松森 幸夫
	連絡先	周南市須々万本郷29番地の1 TEL0834-88-0391
緊急連絡先		別紙にて対応

11、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、職員及び利用者にも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。

12、事故発生時の対応方法

- ① ご利用者に対しサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行なうとともに、必要な措置を行ないます。また事故の原因を解明し、再発生を防ぐために対策を講じます。
- ② 乙は、甲に対するサービスの提供にあたって、事故が発生し甲又は甲の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、速やかに甲に対して損害を賠償します。但し、甲又は甲の家族に重大な過失がある場合は損害額を減額することができます。
- ③ 損害賠償保険加入の取り扱いについては以下の通りです。

保険会社	東京海上火災保険株式会社
保険契約者	財団法人 介護労働安定センター
保険の種類	賠償責任保険
賠償責任	対人（1名／1事故／保険期間中）；対物（1事故／保険期間中）；その他

* 対人・対物の保険期間中は生産物事故のみに適用されます。

13、虐待防止に関して

- ①虐待の防止のための指針を整備し、虐待の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、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- ②担当者を設置し業者に対し、虐待を防止するための研修を定期的に実施します。
- ③サービス提供中に、職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを県及び市町に通報します。

1 4、身体拘束

ご利用者又は他のご利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）は行いません。やむを得ず」身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録いたします。

1 5、事業継続計画

事業所は、感染症や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、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な措置を講じます。

①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いたします。

②事業所は、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。

私は、本書面により、事業者から通所介護及び総合事業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。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印