

重要事項説明書

[通所介護 ・ 第1号通所事業 (予防給付型)]

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 豊寿会
法人所在地	山口県下関市豊田町大字荒木10051-2
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 顕原 尚吾
電話番号	083-768-0051

2 ご利用施設

施設の名称	とよたデイサービスセンター
施設の所在地	山口県下関市豊田町大字荒木10051-2
施設長	浅山 浩史
管理者	北村 聡一郎
電話番号	083-768-0587
FAX番号	083-768-0660

3 事業の目的

要介護 (要支援・事業対象者) 状態にある方に対し、適切な通所介護及び第一号通所サービスを提供することにより要介護 (要支援・事業対象者) 状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービス等を提供します。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービス等の提供に努めます。

4 運営の方針

一人ひとりの異なる人格と生き方を尊重し、個別化と独自性に配慮して、自立の支援と暖かい生活環境づくりに努め、地域社会の期待に応える。

5 設備の概要

○食堂・日常動作訓練室兼娛樂室 面積：217.17㎡ (1人当たり 4.82㎡)

食堂は、利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・椅子・箸や食器類などの備品類を備えています。

日常動作訓練室兼娛樂室は、利用者が使用できる十分な広さを備え、また、目的に応じた機能訓練器具等や娛樂道具を備えています。

○浴室 面積：51.88㎡

浴室は、専用浴室を備えており、利用者が安全に入浴を行える設備を備えています。また、特殊浴槽についても、併設施設の特別養護老人ホームの特殊浴槽を借り、特別養護老人ホームの入居者が利用しない時間帯に使用します。

○その他、休養室 (面積：88.32㎡)、相談室 (面積：14.7㎡) や事務所 (面積：14.7㎡) を設けています。

6 事業所の従業者体制（令和6年6月1日現在）

従業者の種類	員数	常勤		非常勤		指定基準	保有資格	
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1		1			1	介護支援専門員	1名
生活相談員	2		2			1	介護支援専門員 介護福祉士	1名 1名
看護職員	3				3	1	准看護師	3名
介護職員	10	1	2	8		5	介護福祉士 ヘルパー2級 初任者研修	2名 1名 1名
機能訓練指導員	3				3	1	准看護師	3名

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務時間	休暇等
正職員	8:30～17:15 8:45～17:30	週休2日制、夏季休暇、年次休暇
非常勤職員	8:30～16:15 9:30～17:15	

8 職員の職種、員数及び職務内容

一 管理者 1名（他事業所と兼務）

管理者は、センターの指定通所介護従業者の管理及び業務の管理を一元的に行い、指定通所介護従業者に対し、指揮命令を行うものとする。

二 生活相談員 2名（介護職員と兼務）

生活相談員は、業務全般の管理及び指導を行い、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、センター内のサービス調整、居宅介護支援事業者等他の機関との連携において必要な役割を果たす。

三 看護職員 3名（機能訓練指導員と兼務）

看護職員は、健康チェック等を行うことにより、利用者の健康状態を的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行う。

四 介護職員 10名（内2名は生活相談員と兼務）

介護職員は、事業の提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対して適切な介助を行う。

五 機能訓練指導員 3名（看護職員と兼務）

機能訓練指導員は、利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために必要な機能訓練等を行う。

六 運転手兼介助員 0名

運転手は、障害の程度、地理的条件等により、送迎を必要とする利用者に対して専用車輦により送迎を行う。介助員は、入浴等に係るサービス提供を行う。

七 調理員 業者委託

調理員は、食事に係るサービスの提供を行う。

*生活相談員・看護職員・介護職員のうち、常勤1名以上。

9 ご利用施設であわせて実施する事業の種類

事業の種類	下関指定事業者番号		利用定員
	指定年月日	事業所番号	
通所介護	令和 2年4月1日	3577800109号	35名
第1号通所事業(予防給付型)	令和 2年4月1日	3577800109号	35名
特別養護老人ホーム	令和 2年4月1日	3577800117号	50名
特別養護老人ホーム	令和 2年4月1日	3570104996号	30名
短期入居者生活介護	令和 2年4月1日	3577800117号	10名
介護予防短期入居者生活介護	令和 6年4月1日	3577800117号	10名
ユニット型空床型短期入所生活介護	令和 2年4月1日	3570104996号	30名
ユニット型空床型介護予防短期入所生活介護	令和 6年4月1日	3570104996号	30名
居宅介護支援事業所	令和 2年4月1日	3577800059号	50名

10 通所介護事業内容

利用定員	35名(1日当り)
営業日	月曜日から土曜日の毎日、祭日。 年末年始(12月30日～1月3日)を除く毎日。
営業時間	営業時間 8:30～17:15(サービス提供時間 9:45～16:00)の間の 利用希望時間による。
事業実施地域	豊田町、菊川町、豊北町、美祢市豊田前町

11 サービスの内容

通所介護計画及び第一号通所サービス計画に沿い、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、その他必要な介護等を行います。

(1) 送迎

- ①送迎車(4台)により、事業所と自宅との間を送迎します。
- ②送迎実施地域は、豊田町、菊川町、豊北町、美祢市豊田前町で概ね片道30分程度の範囲とします。
- ③専用車輦により、利用者の身体状況に合った車輦にて送迎します。
- ④利便性の向上や運転選任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先について利用者の居住実態のある場所を含めるとともに、短期入所生活介護利用者との同乗を可能とします。

⑤降雪等の急な気象状況の悪化等により、やむを得ず、自宅と事業所間の送迎に平時よりも時間を要し、サービス提供時間内に影響が生じた場合においても、計画上の単位数を算定します。

(2) 食事

①管理栄養士が立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。また、可能な限り、利用者の嗜好に沿った食事を提供します。また、各種療養食（糖尿病食、腎臓病食、潰瘍食、すい臓病食、高脂血症食、貧血食、痛風食）の提供もします。

① その他、飲料・おやつ等を提供します。

③食事時間（昼食）：12:00～13:00 （おやつ）14:30～14:50

(3) 入浴

①見守りや直接的な介助により、身体の状態に応じた入浴を行います。

②身体の状態により、座位のとられない方でも入浴可能な設備を整えています。

(4) 排泄

①利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

②おむつの方についても、定期的に交換し、清潔の保持に努めます。

(5) 機能訓練

①機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員が共同して要介護者に対して、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。

②当事業所が所有するリハビリ器具

- ・移動式階段
- ・歩行器
- ・滑車
- ・輪転器

(6) 健康管理・生活相談

①体温、血圧、脈拍を測定し、看護職員が体調のチェック等を行います。

②利用時間内に身体的変化が起きた場合は、家族に連絡の上、適切な対応を行います。

③利用者及びその家族からの相談の際には、事業者の従業者はもとより、関係機関等と連絡調節し、相談の解決、生活の向上が図られるようにします。

(7) レクリエーション

①利用時間内を楽しく過ごしていただくため、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、毎日ゲームなどのレクリエーション等を行います。

②併設施設において実施される行事や外部からの訪問等に参加することもできます。

1.2 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該通所介護及び第1号通所事業（予防給付型）が法定代理受理サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。なお、利用者負担金額の基本料金については、単に契約締結時の要介護度（要支援・事業対象者度）に応じた金額が継続されるものではなく、利用者の要介護度（要支援・事業対象者度）の変更の都度、それに応じた金額にて算出されます。

(1) 基本料金

要介護度	単位数	利用者負担金額
要支援1・事業対象者（5回以上）	1, 798/月	1, 798円
（4回まで）	436/回	436円
要支援2・事業対象者（9回以上）	3, 621/月	3, 621円
（8回まで）	447/回	447円
要介護1	584/回	584円
要介護2	689/回	689円
要介護3	796/回	796円
要介護4	901/回	901円
要介護5	1, 008/回	1, 008円

(2) 加算料金

(通所介護加算)

入浴介助加算	40/回	40円
サービス提供体制強化加算	6/回	6円
同一建物送迎減算	94/回	94円
送迎減算	47/片道	47円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	基本単位数に加算、減算を加えた単位数に9%を乗じた金額。（毎月変動いたします。）	

(第1号通所事業（予防給付型）加算)

サービス提供体制強化加算	要支援1・事業対象者	24/月	24円
	要支援2・事業対象者	48/月	48円
同一建物送迎減算	要支援1・事業対象者	376/月	376円
	要支援2・事業対象者	752/月	752円
	1月当りの回数を定める場合	94/日	94円
送迎減算		47/片道	47円

介護職員処遇改善加算Ⅱ	基本単位数に加算、減算を加えた単位数に9%を乗じた金額。（毎月変動いたします。）	
-------------	--	--

(3) その他の費用

①送迎費用

通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道30km未満 750円

通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道30km以上 1,000円

② 食事の提供に要する費用 (食材料費) 598円

③おむつ代 1枚あたり 100円

④時間延長 要介護1・2 1時間あたり 1,000円

要介護3・4・5 1時間あたり 1,300円

⑤その他趣味活動等に関する費用は実費。

要介護利用者負担金額一覧表 (1日当り)

要介護度	基本料金	入浴	提供体制	介護職員 処遇改善加算Ⅱ	食材料費	合計金額
要介護1	¥584	¥40	¥6	(基本料+入浴料+提供体制加算) *9%	¥598	¥1,284
要介護2	¥689					¥1,399
要介護3	¥796					¥1,515
要介護4	¥901					¥1,630
要介護5	¥1,008					¥1,746

(入浴、食材料費については実施しなかった場合には料金は発生しません。)

要支援・事業対象利用者負担金一覧表

要支援度	基本料	提供体制	介護職員処遇改善加算Ⅱ	合計金額
<月額包括報酬>要支援1：月5回以上利用時 要支援2：月9回以上利用時				
要支援1 事業対象者	¥1,798	¥24	(基本料+提供体制加算) * 9%	¥1,985
要支援2 事業対象者	¥3,621	¥48		¥3,999
要支援度	基本料	提供体制	介護職員処遇改善加算Ⅱ	合計金額
<回数単価報酬>要支援1：月4回まで利用時 要支援2：月8回まで利用時				
要支援1 事業対象者	¥436* 回数	¥24	(基本料+提供体制加算) * 9%	4回利用時 ¥1,927
要支援2 事業対象者	¥447* 回数	¥48		8回利用時 ¥3,950

*介護保険負担割合証2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額となります。
(別途、一食当り598円の食費が掛かります。)

1.3 秘密保持

- (1) 当事業所の従業者は業務上知り得た利用者及びその家族等の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。
- (2) 当事業の従業者は利用者及びその家族等の個人情報、市町村、医療機関、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、サービス担当者会議等必要な機関に提供する場合は予め利用者及びその家族等の同意を文書にて得ます。

1.4 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成するとともに、内部研修により、従業者教育を行います。

1.5 高齢者虐待防止の推進

センターは、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待防止のための指針を整備します。
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的（年3回）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。

③ 虐待を防止するための定期的な研修を年3回以上実施し、職員の新規採用時にも実施します。

④ 前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

(担当者：生活相談員 廣島 千里)

センターは、サービス提供中に、当該センター指定通所介護従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、再発の確実な防止策を講じるとともに、市へ報告するものとします。

1.6 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむを得ない理由（他者に被害が及ぶ等）により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びそのご家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の御利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1.7 苦情相談窓口

* サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当事業者のご利用相談窓口	・ 窓口担当：北村 聡一郎 ・ 利用時間：月～土曜日 8：30～17：15 ・ 利用方法：直接窓口、又は電話で 電話番号：083-768-0587
--------------	--

* 次の公的機関において苦情の申し出ができます。

下関市役所福祉部 介護保険課事業者係 住所：下関市南部町1番1号	電話番号：083-231-1371 F a x : 083-231-2743 受付時間：午前8：30～午後5：15 (土・日・祝日・年末年始を除く。)
山口県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 住所：山口市朝田1980-7 国保会館	電話番号：083-995-1010 F a x : 083-934-3665 受付時間：午前9：00～午後5：00 (土・日・祝日・年末年始を除く)

* 苦情を受けた際の処理手順

- ① 苦情内容の確認、並びに苦情解決責任者（施設長）への報告。
- ② 程度・内容に応じ第三者関係機関へ報告。
- ③ 苦情解決のための話し合い。
- ④ 事業所で解決できない苦情は山口県社会福祉協議会の福祉サービス苦情解決委員会又は、上記公的機関窓口を紹介。
(苦情受付から解決に至るまでの経過を随時、記録し文書を作成します。)

1 8 緊急時の対応方法

緊急時必要な場合は、家族等への連絡を取ると同時に主治医あるいは、救急医療機関に責任をもって引き継ぎます。以下の手順により対応を行います。

- ①利用者への対応及び関係者への連絡。(可能な限りの応急処置。必要であれば救急車の要請。主治医との連携。生活相談員、管理者、施設長への報告。)
 - ②利用者家族・担当介護支援専門員への連絡。(速やかに事実を伝える。)
 - ③事故状況把握。(事故報告書の記載)
 - ④関係機関への届出報告。(事故の程度・状況に応じて行政機関、警察、保険会社へ連絡。)
- ② 利用者家族への対応。(事故原因等を調査し明確にした上で、適切な対応を図る。)

1 9 損害賠償について

当事業所は万一の傷害事故等に対して、損害賠償責任保険(株式会社 損保ジャパン)に加入しています。

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償します。また、守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、当事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

2 0 非常災害対策について

当事業所は、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、取るべき措置について、あらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、利用者及び従業者等の訓練を行います。

2 1 当事業所を御利用の際の留意事項

設備・器具の利用	施設内の設備・器具は、本来の用法に従って利用ください。これに反した利用により、破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙	喫煙は決められた場所をお願いします。
迷惑行為等	他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
現金等貴重品の管理	紛失の恐れがありますので充分にご注意ください。

2 2 第三者評価の実施状況 ー 有・~~無~~

2 3 その他運営に関する重要事項

その他運営に関する重要事項は、主として次の各号に掲げる事項とする。

一 指定通所介護従業者の質の向上を図るため、次の通り研修の機会を設ける。

(1) 採用時研修 採用後1ヶ月以内

(2) 階層別研修 随時

二 指定通所介護従業者等は、その勤務中常に身分を証明する証票を携行し、利用者または家族から求められた時は、これを掲示する。

三 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならないものとする。

四 利用定員を超えて事業の提供を行ってはならないものとする。

五 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は社会福祉法人センターの管理者との協議に基づいて定めるものとする。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印のうえ、お互いに1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

〈事業者〉

事業者名 社会福祉法人 豊寿会
とよたデイサービスセンター（事業所番号 3577800109）

住 所 山口県下関市豊田町大字荒木 10051-2

代表者名 理事長 頼原 尚吾

〈説明者〉

とよたデイサービスセンターは、御利用者のサービス等の開始に当り、御利用者及びその御家族に対して、本書面に基づいて重要事項を説明し交付しました。

とよたデイサービスセンター
役 職： 生活相談員兼介護職員
氏 名： 廣 島 千 里 印

〈利用者〉

私は、とよたデイサービスセンターの指定サービス等を利用するに当り、重要事項の説明を受け、十分理解した上でサービス提供に同意します。

社会福祉法人 豊寿会 とよたデイサービスセンター 殿

〈利用者〉

住 所： _____

氏 名： _____ 印

〈署名代行人〉 *利用者が署名できなかったときのみ記入

私は、本人の同意を確認し、本人の代わりに利用者署名を行いました。

住 所： _____

氏 名： _____ 印

本人との関係： _____

署名代行理由： _____