

重要事項説明書

(通所介護・通所介護相当サービス・通所型サービス A・C)

あなたに対する通所介護、通所介護相当サービス、通所型サービス A・C(以下「通所型サービス」と言います。)の提供開始にあたり、厚生労働省令第 27 号第 8 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者概要

| | |
|------------|-------------------------|
| 事業者名称 | 社会福祉法人恩賜財団済生会支部山口県済生会 |
| 主たる事務所の所在地 | 山口県山口市緑町 2 番 1 1 号 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 支部長 津江 和成 |
| 電話番号 | 0 8 3 - 9 2 4 - 6 3 3 8 |

| 山口県知事等から指定を受けている事業所名称 (指定番号) | 居宅サービスの種類 |
|--|---|
| 済生会山口地域ケアセンター在宅複合型施設やすらぎ 居宅介護支援事業所 (山口市 3570300016 号) | 居宅介護支援事業 |
| 済生会山口地域ケアセンター在宅複合型施設やすらぎ ヘルパーステーション (山口県 3570300263 号) | 訪問介護事業 山口市介護予防・日常生活支援総合事業 |
| 済生会山口地域ケアセンター在宅複合型施設やすらぎ デイサービスセンター朝倉 (山口県 3570300289 号) | 通所介護事業 (通常規模型) 山口市介護予防・日常生活支援総合事業 |
| 済生会山口地域ケアセンター在宅複合型施設やすらぎ 訪問看護ステーション (山口県 3560390001 号) | 訪問看護事業 |

2. ご利用事業所

| | |
|-----------------|---|
| ご利用事業所の名称 | 済生会山口地域ケアセンター在宅複合型施設やすらぎ デイサービスセンター 朝倉 |
| 指定番号 | 山口県 3 5 7 0 3 0 0 2 8 9 号 |
| 所在地 | 山口県山口市朝倉町 4 番 5 5 - 6 号 |
| 電話番号 | 0 8 3 - 9 2 4 - 6 6 5 2 |
| 送迎を提供する 対象地域 | 山口市にお住まいの方 (阿知須・秋穂・徳地・徳佐を除く 相談にて 例外もあります) |

3. 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要支援状態又は要介護状態にある高齢者に対し、適正な通所介護サービスを提供することを目的とする |
| 運営の方針 | <p>日常生活上の必要な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の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。</p> <p>事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとします。</p> <p>指定通所介護の提供にあたっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとします。</p> <p>指定通所介護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、居宅介護支援事業者や介護予防支援事業者等へ情報の提供を行います。</p> |

4. 提供するサービス

通常デイサービス

- | | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ① 送迎 | <input type="checkbox"/> ⑦ レクリエーション | <input type="checkbox"/> ⑬ 運動機能向上サービス |
| <input type="checkbox"/> ② 健康チェック | <input type="checkbox"/> ⑧ 更衣 | <input type="checkbox"/> ⑭ 栄養改善サービス |
| <input type="checkbox"/> ③ 入浴 | <input type="checkbox"/> ⑨ 整容 | <input type="checkbox"/> ⑮ 口腔機能向上サービス |
| <input type="checkbox"/> ④ 食事 | <input type="checkbox"/> ⑩ 相談・助言 | |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 排泄 | <input type="checkbox"/> ⑪ アクティビティサービス | |
| <input type="checkbox"/> ⑥ 機能訓練 | <input type="checkbox"/> ⑫ その他 () | |

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすい様に説明します。もし分からないことがございましたら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問して下さい。
- ③ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。

ご利用事業所の職員体制

| ご利用事業所の従業員の職種 | 員数 | 勤務の体制 |
|---------------|-------|--|
| 管理者 | 1人 | 常勤 1名、 日勤（午前8時30分～午後5時15分） |
| 生活相談員 | 2人以上 | 常勤 1名（専従） 1名（兼務） 日勤（午前8時30分～午後5時15分） |
| 看護師 | 2人以上 | 常勤 1名 非常勤 1名 日勤（午前8時30分～午後5時15分） |
| 介護士、介助員 | 18人以上 | 常勤 4名以上、非常勤 14名以上 日勤（午前8時30分～午後5時15分） |
| 管理栄養士 | 1人 | 常勤 1名（兼務） 日勤（午前8時30分～午後5時15分） |
| 理学療法士 | 2人以上 | 常勤 1名（専任）、 1名（兼務） 日勤（午前8時30分～午後5時15分） |
| 作業療法士 | 1人以上 | 常勤 1名（兼務） 1名（兼務） 日勤（午前8時30分～午後5時15分） |
| 事務員 | 1人 | 常勤 1名（兼務） 日勤（午前8時30分～午後5時15分） |

足腰機能アップ教室及び短期集中通所型サービス職員体制

| | | |
|-------|----|-----------|
| 管理者 | 1人 | 常勤 1名（兼務） |
| 介護士 | 1人 | 常勤 1名（兼務） |
| 理学療法士 | 1人 | 常勤 1名（兼務） |

5 利用料 (通常デイサービス)

地域単価 (丙地区) 1 単位 : 10 円

【介護給付サービスの場合】 1 回当たり

所要時間 3 時間以上 4 時間未満 :

要介護① 370 単位、要介護② 423 単位

要介護③ 479 単位、要介護④ 533 単位、要介護⑤ 588 単位

所要時間 4 時間以上 5 時間未満 :

要介護① 388 単位、要介護② 444 単位

要介護③ 502 単位、要介護④ 560 単位、要介護⑤ 617 単位

所要時間 5 時間以上 6 時間未満 :

要介護① 570 単位、要介護② 673 単位

要介護③ 777 単位、要介護④ 880 単位、要介護⑤ 984 単位

所要時間 6 時間以上 7 時間未満 :

要介護① 584 単位、要介護② 689 単位

要介護③ 796 単位、要介護④ 901 単位、要介護⑤ 1,008 単位

所要時間 7 時間以上 8 時間未満 :

要介護① 658 単位、要介護② 777 単位

要介護③ 900 単位、要介護④ 1,023 単位、要介護⑤ 1,148 単位

所要時間 8 時間以上 9 時間未満 :

要介護① 669 単位、要介護② 791 単位

要介護③ 915 単位、要介護④ 1,041 単位、要介護⑤ 1,168 単位

加算要素

入浴加算(I) 1 回 40 単位 入浴加算(II) 55 単位

サービス提供体制加算Ⅲ 1 回 6 単位

個別機能訓練加算(I)イ 1 回 56 単位 (II)ロ 76 単位

個別機能訓練加算Ⅱ 月 20 単位

ADL 維持等加算Ⅰ 月 30 単位

生活機能連携向上加算(II) 月 100 単位

栄養改善加算 1 回 200 単位 (月 2 回まで、原則 3 ヶ月)

口腔・栄養スクリーニング加算 1 回 5 単位

口腔機能向上加算(I) 1 回 150 単位 (月 2 回まで、原則 3 ヶ月)

時間延長

9 時間以上 10 時間未満の場合 50 単位

10 時間以上 11 時間未満の場合 100 単位

11 時間以上 12 時間未満の場合 150 単位

12 時間以上 13 時間未満の場合 200 単位

13 時間以上 14 時間未満の場合 250 単位

【通所介護相当サービスの場合】 1 月当たり

要支援 1・事業対象者 1,798 単位

要支援 2・事業対象者 3,621 単位 (「週 2 回程度利用」を希望の場合)

1,798 単位 (「週 1 回程度利用」を希望の場合)

加算要素

サービス提供体制加算Ⅲ 要支援 1 月 24 単位 要支援 2 月 48 単位

運動機能向上加算 月 225 単位、

生活機能連携向上加算(II) 月 100 単位

栄養改善加算 月 150 単位

口腔機能向上加算 1 回 150 単位

選択的サービス複数実施加算Ⅰ 月 480 単位

選択的サービス複数実施加算Ⅱ 月 700 単位

【足腰機能アップ教室（通所型サービス A-②の場合）（通所型サービス A） 1月あたり

週 1 回程度利用：1, 400 単位/月

週 2 回程度利用：2, 810 単位/月

加算要素

事業所評価加算 月 120 単位

若年性認知症利用者受入加算 月 240 単位

運動機能向上加算 月 225 単位

サービス提供体制強化加算Ⅲ 週 1 回程度 月 24 単位

週 2 回程度 月 48 単位

【短期集中通所型サービスの場合】（通所型サービス C）

1 回当たり : 300 円

- ① 介護保険の適用を受けサービスを利用した場合、介護負担割証に記載の負担割合（1割、2割、3割）に沿って自己負担をお支払いいただきます。
- ② 利用料については、翌月中旬までにサービス提供日等の内訳を記載した利用料明細書をお届けします。
- ③ 利用料は、毎月翌月中に口座から自動引き落としさせていただきます。
- ④ 通所介護サービスをキャンセルされた場合は、以下の通りキャンセル料をいただきます。利用日前日の 17 時 15 分以降のキャンセルは食事代をいただきます。
- ⑤ サービス提供証明書が必要な場合はいつでも交付します。（再発行の場合は有料）
- ⑥ 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など金銭を扱うことはできません。
- ⑦ サービス利用中に急変等が生じた場合、家族等に連絡して自宅にお送りするか、主治医等の指示に従います。
- ⑧ ご家族の送迎、自家用車を使用した来所等送迎を実施していない場合には、当月の利用料より（片道につき）47 円安くなります。（対象は要介護認定を受けた方となります）
- ⑨ 手芸など、グループ活動などを通じて材料の購入が必要になった場合は、その作業に参加される方を対象にして、その都度実費を徴収します。その場合は、事前に必要経費のご説明をして、ご了解いただいたうえで費用負担をお願いします。
- ⑩ 昼食代は 1 食あたり 650 円となります。（おやつのみの場合 1 食 100 円となります）
- ⑪ ご利用中に必要となった衛生材料（紙パンツ等）の代金につきましては、別途請求させていただきます。費用が発生した際は、事業所よりお知らせをし、月末に利用料金と合わせて請求させていただきます。

（通所型サービス）

利用料金は、1 か月ごとの定額制です。体調が悪く休んだり、調子がよくて多く利用されたりした場合でも、割引や割増はありません。ただし、次の場合は日割り計算を行います。

- ① 月の途中で介護度が変わった場合
- ② 同一保険者管内で事業所を変更した場合
- ③ 所定の回数を超えて利用を希望される場合 1 回の利用につき実費 3,000 円でご利用いただけます。

（足腰機能アップ教室）

- ① 利用回数は原則週 1 回

（短期集中通所型サービス）

- ① 利用回数は原則週 2 回
3 ヶ月を限度とする

6. 営業時間・利用定員

月曜日～土曜日（12月31日～1月3日を除く）

| 提供サービス | 営業日 | 営業時間 |
|------------------------------------|-------------------------|------------|
| デイサービス (定員：50名) | 月曜日～土曜日(12月31日～1月3日を除く) | 8:30～17:15 |
| 足腰機能アップ教室及び短期集中通所型サービス (定員：各6名) | 火・木曜日 | 9:00～10:30 |

7. 苦情申立窓口

| | |
|--------------------|--|
| ご利用ご相談窓口 | 在宅複合型施設やすらぎ 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 083-924-6614 苦情解決責任者 所長 中村 洋 苦情・相談窓口担当者 施設長 河村 靖則 山口県済生会 苦情解決第三者委員 松永 俊夫 083-928-3141 金子 ふさえ 083-924-9498 |
| 山口市役所 介護保険課 | 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 083-934-2739 山口市亀山2-1 |
| 山口県国民健康保険 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 083-925-2697 山口市朝倉1980-7 |

| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | |
|----------------------------------|----|-------------|-------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | | | |
| なし | あり | 実施した年月日 | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし あり |
| 第三者による評価の実施状況 | | | |
| なし | あり | 実施した年月日 | |
| | | 実施した評価機関の名称 | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし あり |

(苦情処理)

事業所は、提供した指定通所介護に関し、介護保険法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとします。

事業所は、提供した指定予防通所事業に関し、介護保険法第115条の45の7の規定により市町村が行う報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは検査に応じ、及び利用者又はその家族からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとします。

事業所は、提供した指定通所介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険

団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとします。

8. 緊急時の対応方法

| | | |
|--|--|---|
| 利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡するとともに、必要に応じて市町村等へも連絡いたします。 | | |
| 協力医療機関 | 医療機関の名称 院長名 所在地 電話番号 診療科 入院設備 救急指定の有無 契約の概要 | 済生会山口総合病院、湯田温泉病院 郷良 秀典、中村 洋 山口市緑町2-11、朝倉町4-5 083-922-2430、932-3311 有り 有り 有り 無し 同一法人のため契約書不要 |

9. 事故発生時の対応

利用者に対する指定通所介護等の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

利用者に対する指定通所介護等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。

事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

10. 非常災害対策

事業所は、非常災害に備える訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとします。

11. 衛生管理

事業所は、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の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 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指針を整備します。
- (3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

12. 虐待防止

事業所は、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) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

13. 業務継続計画

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

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の実施するものとします。

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うものとします。

14. 地域との連携

事業所は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めるものとする。

事業所は、事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定通所介護を提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定通所介護の提供を行うよう努めるものとします。

15. 通常の事業の実施地域

山口市の区域

16. その他運営に関する重要事項

全ての通所介護従業者（看護師、准看護師、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します。

事業所は、適切な指定通所介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。