通所介護・第１号通所事業　重要事項説明書

（令和　８　年　１０　月　１　日現在）

１．当事業所の概要

（１）事業主体の概要

事 業 者 の 名 称	社会福祉法人　礼和会
主たる事業者の所在地	〒751-0814　下関市壇之浦町４番２８号
法　人　種　別	非営利法人（社会福祉法人）
代　表　者　名	理事長　長富　伊佐穂
連　絡　先	ＴＥＬ　＝　０８３－２２８－０７００ ＦＡＸ　＝　０８３－２２８－０７１０
定款に定めた事業	１．介護保険法に基づく通所介護事業 ２．介護保険法に基づく訪問介護事業 ３．介護保険法に基づく地域密着型サービス事業 ４．介護保険法に基づく第１号通所事業 ５．介護保険法に基づく第１号訪問事業 ６．障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス事業 ７．前各号に付帯する一切の業務

（２）ご利用事業者の概要

名　　称	デイサービス 海と空
所　在　地	〒751-0814　下関市壇之浦町４番２８号
電　話　番　号	ＴＥＬ　＝　０８３－２２８－０７００
介護保険指定番号	通所介護・第１号通所事業 （下関市指定 第3570106066号）
管　理　者　名	藤井　美加
事　業　の　内　容	大規模型（Ⅱ）通所介護事業所
定　　員	９３名
サービスを提供する対象地域	旧下関市（但し、離島を除く）

２．事業の目的と運営方針

（１）　事業の目的

社会福祉法人礼和会が開設する指定通所介護・第１号通所事業所「デイサービス海と空」は、介護保険法及び関連する法律を遵守し、施行規則の運営基準にのっとり事業運営を行います。事業の適性な運営を確保するために、事業所の従業者が、要介護状態もしくは要支援状態（事業対象者を含む）にある高齢者に対し、適性な通所介護・第１号通所事業のサービスを提供することを目的とします。

（２）　運営の方針

① 事業者の従業員等は、利用者が要介護状態もしくは要支援状態（事業対象者を含む）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世話及び機能訓練を行なうことにより、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。

３．当事業所の職員体制

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護・第１号通所事業所のサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職　種	資　格	常　勤		非常勤		業務内容	計
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	介護福祉士		１名			管理全般	１名
生活相談員	介護福祉士		２名		２名	生活相談	４名
	２級ヘルパー						１名
看護職員	看護師				１名	世話及び看護	３名
	准看護師				２名		
介護職員	介護福祉士	１名	２名	５名	２名	世話及び介護	３３名
	看護師				１名		
	准看護師				１名		
	２級ヘルパー・初任者研修			４名			
	認知症介護基礎研修	４名		10名			
	資格なし			３名			
機能訓練指導員	理学療法士	１名				機能訓練指導	５名
	作業療法士	１名					
	看護師				１名		
	准看護師				２名		

職務内容

・管理者：センターの従業員の管理及び業務の管理を一元的に行い、従業員に対し、指揮命令を行うものとする。

・生活相談員：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の調整、居宅介護支援事業者等他の機関との連携を図る。

・介護職員：指定通所介護・第１号通所事業サービスの提供に当たり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し適切な介助を行う。

・看護職員：利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。

・機能訓練指導員：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。

４．営業時間

営業日	月曜から土曜で営業します。（８月１３日を除く） （但し、台風･積雪等により送迎に危険が伴う場合、お休み頂くことがあります。）
営業時間	午前９時１５分から午後６時００分までとする。
サービス提供時間帯 （基本時間帯）	基本時間帯：午前１０時３０分から午後５時４０分 希望者・第１号通所事業 午前１０時３０分から午後３時３５分、 午前１０時３０分から午後１時４５分、 午後　２時３０分から午後５時４０分 ※但し、上記のサービス提供時間における到着及び出発時間においては、利用者及び利用者家族、担当ケアマネージャーの依頼があればこれに限らない。

５．サービスの提供

（１）サービス内容

生活相談	必要に応じて利用者・ご家族からの相談に応じ、関係機関のご紹介等 適切な対応を心掛けます。
健康状態の確認	到着後、あるいは必要時バイタルチェックを行い、利用者の健康状態の確認を心掛けます。
食　事	当事業所では、栄養士の立てる献立表により、季節に応じた食材を用いて、利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
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。
排　泄	必要に応じ、利用者の排泄の介助を行います。
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。
日常動作訓練 （機能訓練加算＝有り）	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。
口腔ケア （口腔機能向上体制＝無し）	利用者の口腔の疾病予防、健康保持・増進、舌の運動等リハビリテーションにより、ＱＯＬの向上を目指します。

（2）通所介護・第１号通所事業計画の作成

・事業者は、居宅介護支援事業所又は包括支援センターが作成する居宅サービス・第１号通所事業計画の内容に沿って、利用者の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえ、それぞれの利用者に応じた通所介護・第１号通所事業計画を作成し、通所介護・第１号通所事業計画を作成した後も当核計画の実施状況の把握に努めます。

・事業者は、通所介護・第１号通所事業計画に機能訓練などの目標や目標達成のための具体的なサービスの内容等を記載します。

・事業者は、利用者及びご家族に対し、通所介護・第１号通所事業計画の内容等について説明します。また通所介護・第１号通所事業計画書の複写を交付し、その同意を得るものとします。

（3）通所介護・第１号通所事業計画の変更

・事業者は次のいずれかに核当する場合には、通所介護・第１号通所事業計画の変更を行います。

①利用者の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当核通所介護・第１号通所事業計画を変更する必要がある場合。

②利用者、ご家族が通所介護・第１号通所事業サービスの内容や提供方法等の変更を希望される場合。

・前項の変更に際して、居宅サービス・第１号通所事業計画の変更が必要となった場合には、速やかに利用者の居宅介護支援事業者又は包括支援センターに連絡する等必要な援助を行います。

・事業者は、利用者及びご家族に対し、通所介護・第1号通所事業計画の変更の内容について説明、交付し、その同意を得るものとします。

６．サービスの利用料金

（1）利用料金の概要　※別紙

（2）その他費用

１．食事代　　１，２００円又は８００円／一食　（利用者の希望選択により決定）

※年に数回、行事食にて全員一律１，０００円前後の場合があります。

２．おむつ代　　紙おむつ・紙パンツ　100円／枚、パッド　50円／枚

３．レクリエーション材料代　（希望されたレクリエーションの材料代は実費をいただきます。）

４．その他　　日常生活において通常必要となるものであって、利用者に負担していただくことが適当と認められる費用については実費をいただきます。

（3）利用料金の支払方法

ア　現金支払 　→翌月中旬に請求書を配布させていただき、月末までに集金にお伺いいたします。 イ　ゆうちょ銀行口座からの自動引き落とし 　→翌月中旬に請求書を配布させていただき、月末日の引落しとなります。 ウ　その他の金融機関口座からの自動引き落とし 　→翌月中旬に請求書を配布させていただき、２６日の引落しとなります。

※ 介護保険サービス利用料の自己負担分と食材料費、その他の自己負担分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。

７．サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込み下さい。当事業所職員がお伺いいたします。介護支援専門員による居宅サービス・第１号通所事業計画をもとに通所介護・第１号通所事業計画を作成し、同時に利用契約を結び、サービスの提供を開始します。

（２）サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の１週間前までにお申し出下さい。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・利用者が介護保険施設に入所した場合
・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護あるいは要支援認定区分が、非該当（自立：事業対象者でもない）と認定された場合
・利用者がお亡くなりになった場合

④その他

・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は即座にサービスを終了することができます。
・利用者が、サービス利用料金の支払いを１ヶ月以上遅滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず７日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者の精神状況が悪化し集団活動への参加に支障が生じた場合、また利用者やご家族などが他の利用者、当事業所または当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、事前に通知することにより、契約を終了させていただく場合がございます。

（３）サービスの中止、変更、追加、キャンセル料

利用予定日の前に、利用者の都合により、ケアプランで定めたサービスの利用を中止することができます。サービス実施日の前日午後５時までに事業所へご連絡をお願い致します。この場合は、原則としてキャンセル料は頂きません。但し、利用日当日に中止（お休み）のご連絡を頂いた場合には、食事代のみ請求させて頂きます。

尚、サービスの変更および追加・削減等をご希望の場合は事前にご相談下さい。

（４）サービスの利用に当たっての留意事項

①利用にあたり、介護保険被保険者証の提示を求めます。

②緊急連絡先等を記載した書類を提出していただきます。

③利用者の所持金その他貴重品は事業所内に持ち込まないものとし、やむを得ず持ち込まなければならない時は利用者の自己管理でお願いします。

また、事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮下さい。

８．秘密保持の厳守について

事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後、或いは従業員が退職した場合も同様です。ただし、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いらなければならない事が生じる為、予め文章により同意を得るものとします。

あらかじめ文章により同意を得た場合にも次の使用目的、条件を遵守いたします。

①使用目的　・円滑にサービス提供を行うために開催するサービス担当者会議における情報提供
・介護支援専門員、サービス事業者との連絡調整において必要となった場合
・サービス提供に関して主治医又は保険者の意見を求める必要のある場合

②使用条件　・必要最低限の情報とし、関係する者以外に漏れることのないよう十分注意する。

９．事故対策と損害賠償責任

（１）サービス利用中に事故が発生した場合、下記の手順にて対応します。

① 事故が発生した場合、事故関係従業員は、利用者対応が収集したら速やかに管理者、看護師、上司等に連絡し、従業員と共に利用者の被害が最小限になるような対応を行います。

② 管理者等は、事故にあった利用者が病院への緊急搬送を要する場合においては、速やかに緊急連絡先（家族等）、担当ケアマネージャーへ連絡をします。

③ 管理者等は、上記以外の場合にも、必要に応じて緊急連絡先（家族等）、担当ケアマネージャー、主治医に連絡、相談をいたします。

（２）事故後の対応

① 業務執行理事は、内容を把握し、家族対応、保険者（下関市）への連絡（事故報告書の提出）、損害賠償保険会社へ連絡等に関して判断し、対応します。

※ 事業者側の責任により事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

② 事故関係従業員には、「事故報告書」を直ちに作成し、管理者へ提出させます。

③ 「事故検討会」を開催し、原因分析、改善案立案を行い、今後の再発防止に努めます。

④ 業務執行理事は、事故における家族からの苦情等が出た場合は、保険会社と連携をとりながら、誠意をもって対応します。

１０．損害賠償保険への加入

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	財団法人 介護労働安定センター
保険名	介護事業者賠償責任補償
補償の概要	介護職員や事業主等が業務中にご利用者の身体を傷つけたり、 ご利用者の物を壊したりした場合に、その賠償金等を補償します。

１１．苦情等及び虐待防止に関する相談の受付について

（１）当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

サービスに対する苦情やご意見、その他サービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情・相談受付窓口	管理者：藤井　美加　　理事長：長富　伊佐穂
受　付　時　間	毎週月曜日 ～ 土曜日 ９：１５～ １８：００

（２）公的機関における苦情・相談受付窓口

下関市福祉部介護保険課 事業者係	住　所　＝　〒750-8521　下関市南部町１-１ 下関市役所本庁舎内（本庁舎西棟２階）
	ＴＥＬ　＝　０８３－２３１－１３７１（直通） ＦＡＸ　＝　０８３－２３１－２７４３
	窓口受付時間＝　月～金　９：００～１６：３０ 受付時間　＝　月～金　８：３０～１６：３０ （土日祝日・年末年始を除く）
下関市役所長寿支援課 支援係	住　所　＝　〒750-8521　下関市南部町１-１
	ＴＥＬ　＝　０８３－２３１－１３４０（直通） ＦＡＸ　＝　０８３－２３１－１９４８
	窓口受付時間＝　月～金　９：００～１６：３０ 受付時間　＝　月～金　８：３０～１６：３０ （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（国保連）	住　所　＝　〒753-8520　山口市朝田1980番地 7
	ＴＥＬ　＝　083－995－1010（苦情・相談専用） ＦＡＸ　＝　083－934－3665
	受付時間＝　月～金　９：００～１７：００ （土日祝日・年末年始を除く）

（３）虐待の防止について

事業所は、利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然の防止・早期発見等のため、次の措置を講じます。

① 虐待の防止に係る責任者を選定します。

虐待防止責任者：管理者　藤井　美加

② 虐待の防止のための従業者に対する研修を年１回以上実施します。

③ 虐待の防止のための指針を整備します。

④ 虐待の防止のための対策を検討する委員会を年２回開催します。

また事業所は、虐待または虐待を疑われる事案が発生した場合は、速やかに市へ通報します。

（４）福祉サービス第三者評価

当事業所の提供するサービスについて、第三者評価の実施はありません。

１２．緊急時における対応方法

従業員は、現に指定通所介護・第１号通所事業の提供を行っているときに、利用者に病状の急変が生じた場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な処置を講ずると共に管理者に報告を行うものとする。

１３．非常災害対策

指定通所介護・第１号通所事業を提供中に火災・天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、管理者は、非常災害に関する具体的計画を立て、従業者に周知徹底を図るとともに、避難経路、協力機関等との連携方法を確認し災害時には避難等の指揮を取る。非常災害に備えるため、避難、救出その他必要な訓練を定期的に（年１回以上）行うものとする。

１４．その他運営に関する重要事項

（１）従業者の質の向上を図るため、採用時研修（採用後３ヶ月以内）及び階層別研修（随時）の機会を設ける。

（２）従業者は、その勤務中常に身分を証明する証票を携行し、利用者又は家族から求められた時は、これを提示する。

（３）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。

（４）利用定員を超えて指定通所介護の提供を行ってはならないものとする。

（５）上記事項のほか、運営に関する重要事項は社会福祉法人礼和会とセンター管理者との協議に基づいて定めるものとする。

〈別紙〉 利用料

◎ 介護保険からの給付サービスを利用する場合は、下記の基本料金（料金表）に対して各人の介護保険負担割合証に応じた割合となります。（１割、２割又は３割）

【通所介護サービス費】

通所介護費は、介護度によって異なります。以下、一日（１回）当たりの当事業所の基本時間帯（７時間以上８時間未満）及びその他の時間帯における介護度別の料金表等を示します。
ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

〔 介護度別料金表 〕
（ 大規模型（Ⅱ）通所介護費 ）

介護度	３時間以上４時間未満	５時間以上６時間未満	７時間以上８時間未満
要介護 １	¥3,450	¥5,250	¥6,070
要介護 ２	¥3,950	¥6,200	¥7,160
要介護 ３	¥4,460	¥7,150	¥8,300
要介護 ４	¥4,950	¥8,120	¥9,460
要介護 ５	¥5,490	¥9,070	¥10,590

（同一建物居住者の送迎減算　－940円／日）

（事業所が送迎を行わない場合の減算　－470円／片道
但し、同一建物居住者の送迎減算の対象となっている場合は、対象外）

〔入浴介助加算（Ⅰ）〕	入浴された場合	¥400
〔個別機能訓練加算（Ⅰ）イ〕	１回当たり	¥560
〔個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ〕	１回当たり	¥760
※必要な方（希望者）へのみの算定となります。		
〔個別機能訓練加算（Ⅱ）〕	１月当たり	¥200
※算定要件が整った際に加算させて頂く場合があります。		
〔科学的介護推進体制加算〕	１月当たり	¥400
〔介護職員等処遇改善加算　Ⅱロ〕	所定単位数の１１．８ ％ 相当の単位	

【第１号通所事業：予防給付型通所サービス費】

予防給付型通所サービス費は、利用回数により１ヶ月当りの定額料金又は回数単価料金となります。

〔 要支援状態・事業対象者区分別料金表 〕

予防給付型通所サービス費（Ⅰ）	月　額	要支援１・事業対象者			月５回以上利用	１ヶ月あたり	¥17,980
予防給付型通所サービス費（Ⅱ）		要支援２・事業対象者			月９回以上利用		¥36,210
予防給付型通所サービス費（Ⅲ）	回数単価	要支援１・事業対象者			月４回まで	１回につき	¥4,360
予防給付型通所サービス費（Ⅳ）		要支援２・事業対象者			月８回まで		¥4,470

（同一建物居住者の送迎減算）
月額利用の場合、要支援１及び事業対象者:－3,760円／月、要支援２及び事業対象者:－7,520円／月
回数利用の場合、要支援１・要支援２及び事業対象者：-940円／回
（事業所が送迎を行わない場合の減算　－470円／片道
但し、同一建物居住者の送迎減算の対象となっている場合は、対象外）

〔科学的介護推進体制加算〕	１月当たり	¥400
〔介護職員等処遇改善加算　Ⅱロ〕	所定単位数の１１．８ ％ 相当の単位	

説　明　確　認　欄

年　　月　　日　　説　明

●通所介護・第１号通所事業の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〈事業者〉

所在地　下関市壇之浦町４番２８号

名　称　デイサービス 海と空

説明者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

年　　月　　日　　交　付

●通所介護・第１号通所事業の提供開始にあたり、事業者より本書面に基づいて重要な事項の説明を受け、同意し、受領しました。

〈利用者〉

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（本人が署名した場合は押印不要です）

（代筆者）

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（続柄：　　）

（本人が署名した場合は押印不要です）