

やすらぎデイサービスSUN

重要事項説明書（指定通所介護）

社会福祉法人 響会

令和 7 年 4 月 1 日

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(下関市指定 第3570103386号)

当事業所は、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆◆目次◆◆◆

1	事業者	2
2	事業所の概要	2
3	営業日および営業時間	3
4	事業の実施地域	3
5	職員の種類・員数および職務内容	3
6	当事業所が提供するサービスと利用料金	4・5・6
7	利用料金のお支払方法	7
8	利用の中止、変更、追加	7
9	苦情の窓口および担当者	7・8
10	事故発生時の対処方法	8
11	緊急時における対応方法	8
12	非常災害対策	8
13	衛生管理	9
14	虐待の防止について	9
15	業務継続計画	9
16	損害賠償責任保険について	9
17	協力医療機関	10
	個人情報に関する同意書	11

1. 事業者

- | | |
|-------------|---------------------|
| (1) 事業者の名称 | 社会福祉法人 響会 |
| (2) 事業者の所在地 | 山口県下関市豊浦町川棚12139番地2 |
| (3) 電話番号 | 083-774-3901 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 稲村 恭平 |
| (5) 設立年月日 | 平成15年10月 7日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護事業所 |
| (2) 指定事業所番号 | 第3570103386号 |
| (3) 事業所の名称 | やすらぎデイサービスSUN |
| (4) 事業所の所在地 | 山口県下関市豊浦町吉永1815-1 |
| (5) 電話番号 | 083-774-3927 |
| (6) 管理者氏名 | 中村 智美 |
| (7) 開設年月日 | 平成20年 8月 1日 |
| (8) 利用定員 | 1日あたり 20人まで |
| (9) 事業所の目的 | ・当事業所は、そのご利用者が可能な限り、その居宅において能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・食事・排泄等の生活全般に関わる援助および心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持、または向上。ご利用者のご家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的とする。 |
| (10) 事業所の運営方針 | ・当事業所は運営にあたって要介護の状態となったご利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るように支援するとともに、ご利用者のご家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることに努めます。また緑豊かな環境のもとレクリエーション等による日常動作訓練、また「明るく・楽しく・笑顔で」をモットーに活気あふれるデイサービスに努めます。 |

3. 営業日および営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで（祝祭日を含む。ただし天災その他やむを得ず業務を遂行できない日、および12月30日～1月3日までを除く）
営業時間	8時30分から17時30分までとする。
サービス提供時間	9時30分から16時までとする。

4. 事業の実施地域

実施区域	豊浦町区域
------	-------

5. 職員の種類・員数および職務内容

管理者	1名（兼務 常勤1名） 管理者は、従業者の管理および利用の申し込みに関わる調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。
生活相談員	3名（介護職と兼務 常勤3名） 生活相談員は、利用者および家族の介護に関する相談やサービスの調整、苦情窓口として苦情を受け付け、迅速かつ適切に対応を行う。
看護職員	6名（機能訓練指導員、介護職と兼務、常勤3名 非常勤3名） 看護職員は、利用者の健康管理および医療機関との連絡調整を行う。
介護職員	19名（生活相談員と兼務 常勤2名・非常勤4名、看護職、〈機能訓練指導、介護職と兼務 常勤2名・非常勤5名、専従介護職員 常勤2名 非常勤4名） 介護職員は、利用者の心身の状態に合わせ必要に応じた介護、日常生活の支援及び送迎を行う。
機能訓練指導員	6名（看護職、介護職と兼務 常勤3名） 機能訓練指導員は、利用者の心身機能の維持・改善に必要な機能訓練を行う。

（その他運営に関する重要事項）

事業所は、従業者の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務体制を整備します。

- （1）採用時研修 採用後1ヶ月以内
- （2）継続研修 年2回

（注）常勤職員の通常の勤務時間は、8時30分から17時30分までです。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

- (1) 介護保険給付の対象となるサービス
- (2) 介護保険給付の対象とならないサービス（全額負担）

※ 以下のサービスについては、要介護度ごとに支給限度額が定められており、この範囲内であれば、サービス利用の全額が介護保険給付の対象になり、自己負担額は利用料の1割（一定以上所得者の場合は、2割又は3割）となります。

※ 加算対象サービスについては、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議した上で通所介護計画に定めます。

〈サービスの概要〉

☆共通的服务

① 送迎サービス

- ・ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
（居宅と事業所間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算します。）

② 健康チェック

- ・看護職員が体温・血圧を測定し、健康状態をチェックします。

③ 食事の介助（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払となります。）

- ・食事の準備および身体の状態に応じて介助します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則とします。
- ・食事時間 12：00 ～ 13：00

④ 入浴の介助

- ・身体の状態に応じた入浴介助（一部または全身介助等）。または、体調不良等の健康状態により入浴困難な場合にはシャワー浴または、清拭を行います。

⑤ 日常動作の機能訓練

- ・機能訓練指導員による指導等を行います。

⑥ レクリエーション

- ・明るく楽しくお過ごし頂けるように行事等行っていきます。

⑦ 排泄の介助

- ・排泄の介助（一部介助または全介助）を行います。

〈利用料金について〉

① サービス利用料金（１日あたりの料金）

下記の料金表によって、ご契約者の介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払下さい。

●利用時間 3 時間以上 4 時間未満の場合（１割負担額の利用料金が記載）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3 7 0	4 2 3	4 7 9	5 3 3	5 8 8
☆利用者負担割合が 2 割の場合は記載金額の 2 倍、3 割の場合は記載金額の 3 倍となります。				
・入浴介助加算（Ⅰ）		4 0 単位／回		
・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		6 単位／回		
・介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）（基本単位数+各種加減算）×0.080				
・食事（おやつ代含む）		6 0 0 円／回		

●利用時間 4 時間以上 5 時間未満の場合（１割負担額の利用料金が記載）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3 8 8	4 4 4	5 0 2	5 6 0	6 1 7
☆利用者負担割合が 2 割の場合は記載金額の 2 倍、3 割の場合は記載金額の 3 倍となります。				
・入浴介助加算（Ⅰ）		4 0 単位／回		
・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		6 単位／回		
・介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）（基本単位数+各種加減算）×0.080				
・食事（おやつ代含む）		6 0 0 円／回		

●利用時間 5 時間以上 6 時間未満の場合（１割負担額の利用料金が記載）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
5 7 0	6 7 3	7 7 7	8 8 0	9 8 4
☆利用者負担割合が 2 割の場合は記載金額の 2 倍、3 割の場合は記載金額の 3 倍となります。				
・入浴介助加算（Ⅰ）		4 0 単位／回		
・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		6 単位／回		
・介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）（基本単位数+各種加減算）×0.080				
・食事（おやつ代含む）		6 0 0 円／回		

●利用時間 6 時間以上 7 時間未満の場合 (1 割負担額の利用料金が記載)

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
5 8 4	6 8 9	7 9 6	9 0 1	1 0 0 8
☆利用者負担割合が 2 割の場合は記載金額の 2 倍、3 割の場合は記載金額の 3 倍となります。				
・ 入浴介助加算（Ⅰ）		4 0 単位／回		
・ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		6 単位／回		
・ 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）（基本単位数+各種加減算）×0.080				
・ 食事（おやつ代含む）		6 0 0 円／回		

②利用者から受けることのできる、その他の費用（実費で頂くもの）

費用の区分	実 費 費 用 の 額
1. 昼食代	600 円（おやつ代を含む）
2. おむつ代等	・紙パンツ 長時間用・夜用 M／L 87 円 ・尿とりパット 20 円 ・紙おむつ 簡単テープ止めタイプ M 160 円／L 184 円

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額が変更となります。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

(サービスの概要と利用料金)

- ①食事の提供に要する費用
1食あたり 600円（おやつ代を含む）
②その他 おむつ代、レクリエーションにかかる費用など自己負担となります。

(サービスの利用に当たっての留意事項)

サービスの利用に当たって、主治医からの指示事項等ある場合には、
提示を求める場合があります。

7. 利用料金のお支払方法

前期の（１）（２）の料金・費用は、１ヵ月毎に計算し、１０日以降にご

請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払下さい。

- | | |
|----|---|
| 1) | ご利用日にての現金支払い |
| 2) | 下記指定口座への振り込み（＊振込手数料別途かかります。）
【振込先】
西中国信用金庫 川棚支店
口座番号 普通 0 2 1 2 1 8 9
口座名義 社会福祉法人 響会 理事長 稲村 恭平 |
| 3) | 口座引き落とし 毎月20日となります。但し、土日・祭日が、
【金融機関】 かかる場合は、金融機関翌営業日となります。
山口銀行 （＊口座引き落とし手数料は110円かかります。） |

8. 利用の中止、変更、追加

- 1) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止または変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前営業日まで事業所に申し出てください。
- 2) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

9. 苦情の窓口および担当者

苦情受付窓口 (担当者)	やすらぎデイサービスSUN 電話番号 (083) 774-3927 受付日時 午前8時30分～午後5時30分(日、年末年始を除く)
	生活相談員 藤村 隆明 生活相談員 宇都宮 尚恵 生活相談員 大田 和美

【苦情相談窓口】

下関市福祉部介護保険課事業者係

住 所 下関市南部町21番19号 下関商工会館4階

TEL 083-231-1371 FAX 083-231-2743

受付日時 午前8時30分～午後5時15分（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

住 所 山口市朝田1980番地7 国保会館

TEL 083-995-1010 FAX 083-934-3665

受付日時 午前9時00分～午後5時00分（土、日、祝日、年末年始を除く）

10. 事故発生時の対処方法

サービスの提供中に事故が発生した場合の対応。

- ① 家族、下関市等関係市町村に対する連絡および関係機関に対する緊急通報の実施。
- ② 主治医等の医療機関への対応。
- ③ 居宅介護支援事業所への連絡。
- ④ その他、状況に応じ適切な処置をとる。

11. 緊急時における対応方法

事業所は、現に事業所の提供を行っているときに、利用者の病状に急変その他の緊急事態が生じたときは、速やかに医療機関および居宅介護支援事業所地域包括支援センター等の関係機関へ連絡を行う。

12. 非常災害対策

- （１）防災時の対応 : 防災マニュアルにより速やかに対応します。
- （２）防災設備 : 火災報知器・自動火災通報装置・消火器が備わっています。
- （３）防災訓練 : 年２回 消火訓練・避難誘導訓練などの防災訓練を実施いたします。
- （４）防火責任者 : 豊浦西消防署届出防火管理責任者

13. 衛生管理

利用者の使用する設備又は飲料水について衛生管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。

事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を6月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図る。
- (2) 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- (3) 職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的実施する。

14. 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・虐待の未然防止・早期発見等のため、次の措置を講じる。

- (1) 虐待の防止に係る責任者を選定する。
役職：管理者 氏名：中村 智美
- (2) 虐待を防止のための従業者に対する研修を定期的実施する。
- (3) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (4) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的実施する。

また事業所は、虐待又は虐待を疑われる事案が発生した場合は、速やかに市へ通報するものとする。

15. 業務継続計画

感染症や非常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、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画に従い必要な措置を講じる。

16. 損害賠償責任保険への加入

事業者は、事業者の責に基づく損害賠償責任を履行するため、損害賠償保険に加入するものとする。

加入保険会社名

東京海上日動火災保険株式会社

17. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施無し

18. 協力医療機関

名 称	けんぞう内科クリニック
院 長 名	伊藤 賢三
所 在 地	下関市豊浦町大字吉永 1 8 4 0 番地
電 話 番 号	0 8 3 - 2 4 2 - 0 2 1 7
診 療 科	内科・放射線科
入 院 設 備	なし

個人情報に関する同意

記

社会福祉法人 響会が設置する、やすらぎデイサービスSUNが第三者に対して、下記の個人情報を必要な範囲で提供すること及び当該第三者が提供の趣旨に従った下記の目的で当該個人情報を利用します。提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

提供する第三者

市町村関係各課、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、居宅介護事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医、その他介護保険及び高齢者保健福祉サービスに関わる関係者

利用する者の利用目的

利用者基本情報の把握、介護サービス計画書作成、サービス担当者会議、関係者間での連絡調整、その他本人の状況に応じた適切な介護保険及び高齢者保健福祉サービス提供の為

提供する個人情報

利用者個人情報、要介護認定または要支援認定に関わる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、基本チェックリスト、基本健康診査結果、介護サービス計画書、アセスメント表、モニタリング表等の個人に関わる記録

以上

私は、社会福祉法人 響会が設置する、やすらぎデイサービスSUNが上記の第三者に対して、上記の個人情報を必要な範囲で提供すること及び当該第三者が提供の趣旨に従った上記の目的で当該個人情報を利用する事に同意します。

利用者名 _____ 印

代筆者名 _____ 印

続柄 ()