

重 要 事 項 説 明 書

介護予防通所介護に相当する第一号通所介護事業（以下「通所介護等サービス」という）を提供するにあたり、当事業所があなたに説明すべき事項は、次のとおりです。（平成29年4月1日現在）

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 幸洋福祉会
主たる事務所の所在地	下松市大字来巻944番地の1
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 中島洋二
電話番号	0833-47-1220

2. 事業所

事業所の名称	松寿苑デイサービスセンター
事業所の所在地	下松市大字来巻944番地の1
都道府県知事指定番号	山口県3570700082号
管理者名	古殿雄二
電話番号	0833-47-0753
FAX番号	0833-47-1222

3. 当事業者が併せて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用員
	指定年月日	指定番号	
特別養護老人ホーム	平成12年4月1日	山口県3570700173号	70名
短期入所生活介護	平成12年4月1日	山口県3570700173号	10名
通所介護	平成12年4月1日	山口県3570700082号	35名
居宅介護支援事業	平成12年4月1日	山口県3570700033号	
介護予防短期入所生活介護	平成18年4月1日	山口県3570700173号	10名

4. 当事業所の事業目的と運営方針

事業目的	要支援状態およびそれに準ずる状態にある高齢者に対し、適切な通所介護等サービスを提供する。
運営方針	<p>1. 「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」軽度ご利用者の状態に即した自立支援と「目標指向型」のサービス提供を行う。</p> <p>2. 関係市町、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、その他保健・医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。</p>

5. 当事業所の営業日及び営業時間

営業日	祝日を含む月曜日から土曜日までとする。 但し、12月30日から1月3日まで並びに天災その他やむを得ず業務を遂行できない日を除く。
営業時間	8時00分から19時00分まで
サービス提供時間	原則として8時30分から17時30分までで、必要に応じた時間数

6. 当事業所の利用定員

利用定員	1日35名（通所介護・介護予防通所介護を含む）
------	-------------------------

7. 通常の事業の実施地域

実施地域	下松市・周南市（大河内、勝間地区）
------	-------------------

8. 当事業所の職員体制

従業者の職種	従業者の員数	区 分			
		常 勤		非 常 勤	
		専 従	兼 務	専 従	兼 務
管 理 者	1名		1名		
生 活 相 談 員	3名		3名		
介 護 職 員	17名	2名	5名	10名	
看 護 職 員	3名		1名		2名
機 能 訓 練 指 導 員	3名		1名		2名
運 転 手	4名			4名	
調 理 員	0名			0名	

9. 当事業所の主な職種

職 種	勤 務 体 制
1. 介 護 職 員 2. 生 活 相 談 員	勤務時間： 8時00分から17時00分まで 勤務時間： 8時30分から17時30分まで 勤務時間： 10時00分から19時00分まで ※原則として、職員1名あたり利用者5名のお世話をします。
3. 看 護 職 員	勤務時間： 8時30分から17時30分まで ※原則として、1名の看護職員が勤務します。

10. 当事業所の職員の順守事項（運営規程第9条抜粋）

秘 密 保 持	<p>1. 本所の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又は家族の秘密を漏らしてはならない。なお、本所は本所の職員であった者に、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させる為に、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とする。</p> <p>2. 本所の職員は、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る場合にはその利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合はその家族の同意を、あらかじめ文書により得るものとする。</p>
---------	--

11. 当事業所の介護サービスの概要

サービスの種類	内 容
食 事 サ ー ビ ス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理栄養士の献立による栄養のバランス、身体の状況、嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ ご利用者の自立支援の為、離床して食事を取って頂くよう配慮しています。 ・ ご利用者の身体的能力に応じて、食事摂取介助を行います。
入 浴 サ ー ビ ス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般浴槽と特殊浴槽を用意しており、ご利用者の身体状況に応じた入浴が可能です。 ・ ご利用者の身体的能力に応じて、衣類の着脱、洗身の介助を行います。 ・ 心身の状態が悪く、入浴ができなかった場合には、清拭などの方法により、ご利用者の身体の清潔に努めます。
送 迎 サ ー ビ ス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専用車両（車椅子・ストレッチャー対応可）による送迎を行います。 ・ ご利用者の身体的能力に応じて、移動等の介助を行います。
機 能 訓 練	<p>ご利用者の身体状況、障害の程度に応じた機能訓練・行事・レクリエーション活動を行い、身体機能の低下防止に努めます。</p>
健 康 管 理	<p>看護職員による血圧、脈拍、体温その他の健康チェックを行いご利用者の健康管理に努めます。</p>

相談・助言等	居宅での介護方法、福祉機器の使用方法、介護保険等の諸手続きなどご利用者及びご家族のご相談に応じ、可能な限り必要な援助を行います。
その他の身体介護	ご利用者の身体的能力に応じて、排泄・移動・整容・養護・その他の身体介護を行います。

12. その他のサービス提供

アクティビティ	計画的に集団でのレクリエーション、創作活動等の機能訓練を行います。
---------	-----------------------------------

13. 利用料等

(1) 1ヶ月あたりのサービス利用料金

状態区分	基本単価	サービス提供体制強化加算(I)
要支援1・事業対象者(週1回程度)	16,470円	720円
要支援2(週1回程度)	16,880円	720円
要支援2・事業対象者(週2回程度利用)	33,770円	1,440円

生活機能向上グループ活動加算	1,000円
介護職員処遇改善加算I	※上記基本単価+各種加算×5.9%

(注) 1. ご利用者の要支援状態区分に応じた上記の金額の1割(または「介護保険負担割合証」にて2割に認定された方は2割)が、ご利用者の自己負担となります。

・ご利用者の要支援状態区分が変更された場合は、ご利用者の自己負担額も変更となる場合があります。

2. 介護予防給付費体系(上記の表の金額)は、変更される場合があります。

(2) 介護予防給付外の費用

次の金額は、その全額がご利用者の負担となります。

項目	内容	金額
食事費用	ご利用者に提供する食事にかかる費用(食材費及び調理費)であり、おやつ代を含みます。	昼食600円 夕食600円
その他	(1) 当事業所が紙パンツパットを提供した場合には、おむつ代実費相当額(別表1)をお支払い頂きます。 (2) その他ご利用者の日常生活に要する費用	実費相当額

(注) 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合には、相当な額に変更することがあります。

※別表1(おむつ代実費相当額)

オムツ代	フレーネ補助パット	17円
------	-----------	-----

	はくパンツ	各サイズ (S, M, L)	115円
--	-------	----------------	------

(3) その他の費用

記録の謄写代	ご利用者に提供したサービスの記録の謄写を求められた場合には、その謄写に要した実費相当額をお支払い頂きます。
--------	---

14. 利用料金の支払方法

- (1) 当事業所では、当サービスご利用の都度、提供しましたサービスの内容を示す「サービス提供明細書」をお渡しし、翌月「請求書」を送付致します。
- この請求書に記載した金額を、その月（サービスご利用の翌月）20日に、ご指定の通帳より自動引落する方法にてお支払い頂きます。
- (2) 上記のとおり、通帳自動引落の方法を原則としておりますが、ご利用者のご希望に応じ、口座振込又は現金払いの方法も承ります。この場合には、担当職員にお申し付け下さい。

15. 当事業所の苦情受付体制

(1) 苦情受付窓口

受付窓口	受付担当者	亀山雄樹	施設サービス統括責任者（兼） DSC主任
	連絡先	田村則子	居宅サービス統括責任者
	電話番号	0833-47-0753	
	FAX番号	0833-47-1222	
	※緊急の場合以外は、月～金曜日の午前8時30分から午後5時30分までにご連絡下さい。		

当法人の苦情解決第三者委員

○三浦紘一郎

〒744-0031 下松市花岡浴312-4 (0833-43-1758)

○浅原郁子

〒744-0028 下松市藤光町1-8-2 (0833-44-8536)

○山田千鶴子

〒744-0061 下松市城山町15-8 (0833-41-3384)

当事業所以外の苦情受付機関

- 下松市役所 介護保険係
下松市大手町3-3-3 (0833-45-1831)
- 周南市役所 高齢者支援課
周南市岐山通1丁目1番地 (0834-22-8467)
- 光市役所 介護保険係
光市光井2丁目2番1号 (0833-74-3003)
- 山口県国民健康保険団体連合会
山口県朝田1980-7 (083-995-1010)
- 山口県福祉サービス運営適正化委員会 (福祉サービス苦情解決委員会)
山口市大手町9-6 ゆ〜あいプラザ山口県社会福祉会館2F
(083-924-2837)

(2) 苦情処理手順

苦情の受付	苦情受付担当者は、利用者からの苦情は随時受け付け、受付に際し苦情の内容等を書面に記録し、その内容について苦情申出人に確認する。
苦情の報告・確認	苦情受付担当者は、受け付けた苦情は全て苦情解決責任者及び第三者委員に報告する。但し、苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合を除く。
苦情解決に向けての話し合い	苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努める。その話し合いにおいて、苦情申出人は第三者委員に助言又は立ち会いを求めることができるものとし、苦情解決責任者もまた同様とする。
苦情解決の記録及び報告	苦情解決の記録・報告は次により行う。 ①苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について、書面に記録する。 ②苦情解決責任者は、一定期間毎に苦情解決結果について第三者委員に報告し、必要な助言を受ける。 ③苦情解決責任者は、苦情申出に改善を約束した事項について苦情申出人及び第三者委員に対して、一定期間経過後報告する。
解決結果の公表	苦情解決責任者は、個人情報に関するものを除き、解決結果を事業報告書等において実績を掲載し、公表する。
解決困難な苦情の対応	解決困難な苦情の解決は、山口県福祉サービス利用者援助事業等運営適正化委員会に委ねる。

16. 緊急時等の対応

通所介護等サービス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その他必要な

場合は、速やかに主治医又は当事業所の協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとする。

17. 事故発生時の対応・損害賠償

(1) 事故発生直後の対応

利用者の状態確認	事故の発見者は、利用者の状態（意識・呼吸・脈の有無・顔色、怪我の有無及び程度その他）を確認するとともに、周辺の職員及び看護職員を呼び、利用者の生命又は身体の安全を最優先して、必要な臨機の処置を取る。
医療処置	看護職員は、嘱託医師の指示に基づく医療処置を行う。
責任者への連絡	管理者に事故の発生を速やかに報告し、以後職員は管理者の指示に従う。
家族への連絡	管理者は、嘱託医師の確認又は指示のもと、管理者自ら又は業務責任者（苦情受付担当者）又は看護職員を通じて、事故に係る利用者の家族に連絡し、利用者の様態その他その時点で明らかになっている範囲での事故の状況を説明する。
関係者への報告	管理者は、必要に応じて、管理者自ら又は業務責任者（苦情受付担当者）等を通じて次の関係者に報告する。 ①理事長 ②山口県及び市町村地域包括支援センター

(2) 事後処理

事故報告書の作成	業務責任者（苦情受付担当者）及び事故の発見者は、事故の態様・概況・対応・原因分析等を記載した事故報告書を作成し、管理者に報告する。
家族への事故の詳細報告	管理者及び苦情受付担当者は、事故報告書に基づいて、利用者の家族に事故に至った経緯その他の事情など事故の詳細を説明する。
理事長への報告	管理者は、事故報告書に基づいて、事故に至った経緯その他の事情など事故の詳細並びに利用者本人及びその家族の申し立てについて理事長に報告の上、以後の処理方針に関する指示を仰ぐ。
介護事故予防対策委員会の開催	管理者は、理事長の指示のもと、介護事故予防対策委員会を招集し事故の原因に応じて今後の再発防止対策並びに今後の事後処理を検討する。
	本所は、本所の通所介護等サービスの提供により、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。

損 害 賠 償	加入保険会社 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 保険代理店 有限会社 ケーアンドケーほけん企画 (TEL 0834-33-3006)
---------	--

18. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人成幸会（下松病院）
院 長 名	中 島 洋 二
所 在 地	下松市新川2丁目1番1号
電 話 番 号	0833-41-2727
診 療 科	内科、リハビリテーション科
入 院 設 備	有り

19. 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める「社会福祉法人幸洋福社会消防計画書」に則り対応します。			
平常時の訓練 防 災 設 備	別に定める「社会福祉法人幸洋福社会消防計画書」に則り夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。			
	設 備 名 称	設 置	設 備 名 称	設 置
	屋 内 散 水 栓	9ヶ所	誘 導 灯	46ヶ所
	消 火 器	53ヶ所	防火シャッター	5ヶ所
	自動火災報知機	有	避 難 階 段	3ヶ所
非常通報装置	有	避 難 口	13ヶ所	
防 煙 パネル	3ヶ所	防 火 垂 れ 壁	6ヶ所	
消 防 計 画 等	(最終届出日) 平成28年10月1日 (防火管理者) 村中 伸市			

20. 当事業所の通所介護等サービスをご利用頂く上での留意事項

- (1) ご利用者の通所介護予防計画の作成を担当する職員は、() です。
サービス内容の変更、追加等のご希望がありましたら、ご連絡下さい。
なお、当事業所の提供するサービスについて、苦情等お困りのことがございましたら、当事業所の苦情受付窓口又は当事業所の管理者（古殿雄二、TEL 0833-47-1220）までご連絡下さい。
- (2) ご利用者により適切なサービスを提供する為、当サービスの開始時及び必要に応じて主治医等の診断書を提出して頂く場合があります。
- (3) 当サービスの提供にあたっては、ご利用者に対して健康チェック等を行い、利用不相当と判断した場合には、サービスの提供を中止することがあります。
- (4) ご利用者の都合により、当サービスの利用を中止される場合は、遅くともご利用予定日当日の午前8時30分までにご連絡下さい。
- (5) ご利用者の当サービス利用の変更にあたって、ご利用希望日が利用定員を超えている等の理由により、ご利用が困難な場合には、他の日にご利用頂くよう協議させて頂くこと

があります。

- (6) ご利用者が要介護状態等区分の変更の認定を受けられた時や自立（非該当）と認定された時は、当事業所にご連絡下さい。