

予 防 給 付 型 通 所 介 護

重 要 事 項 説 明 書

下松市介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所事業（通所型サービス）（以下「予防給付型通所介護」という）に基づいて、当事業所があなた（又はあなたの家族）に説明すべき事項は、次のとおりです。（令和6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
主たる事業所の所在地	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. ご利用事業所

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
管理者氏名	亀山雄樹
電話番号	0833-47-0753
FAX番号	0833-47-1229

3. 当事業者が併せて実施する事業

事業者の 種類	都道府県知事の指定		利用 定員
	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	80名
短期入所生活介護	平成12年4月1日	山口県3570700173号	空床型
通所介護	平成12年4月1日	山口県3570700082号	35名
訪問介護	令和元年6月1日	山口県3570701205号	40名
居宅介護支援事業	平成12年4月1日	山口県3570700033号	

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、適切な予防給付型通所サービスを提供する。
運営方針	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。

	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。
--	--

5. 当事業者の営業日及び営業時間

営業日	祝日を含む月曜日から金曜日までの5日間とする。 但し、12月30日から1月3日までを除く。そして天災その他やむを得ず業務を遂行できない日は土曜日若しくは日曜日へ営業日を振替える。
営業時間	8時30分から17時30分まで
サービス提供時間	原則として9時00分から17時00分まで

6. 当事業所の利用定員

利用定員	1日 35名 (通所介護・予防給付型通所を含む)
------	--------------------------

7. 通常事業の実施地域

実施地域	下松市
------	-----

8. 当事業所の職員体制

職種	人員数	兼務の状況等
管理者	1名	特別養護老人ホーム松寿苑施設長・松寿苑ホームヘルパーステーション管理者と兼務
生活相談員	1名以上	介護職員と兼務(1名) / 訪問介護員と兼務(2名)
介護職員	5名以上	生活相談員と兼務(1名)
看護職員	1名以上	機能訓練指導員と兼務(1名)
機能訓練指導員	1名以上	看護職員と兼務(1名)

9. 当事業所の主な職種

職種	勤務体制
介護職員	勤務時間： 8時00分から17時00分まで
生活相談員	勤務時間： 8時30分から17時30分まで
看護職員	勤務時間： 8時30分から17時30分まで
機能訓練指導員	勤務時間： 8時30分から17時30分まで

10. 当事業書の職員の順守事項（運営規程第9条抜粋）

秘密保持	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
------	---

	<p>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るべき旨を、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、離床して食事を摂っていただ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、入浴が出来なかった場合には、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・リクライニング対応可）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	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。
健康管理	看護職員による血圧、脈拍、体温その他の口腔衛生、健康チェックを行いご利用者の健康管理に努めます。
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

レクリエーション	計画的に集団でのレクリエーション、創作活動等を行います。
----------	------------------------------

13. 利用料等

状態区分	基本単価	サービス提供体制強化加算（I）
事業対象者・要支援1（1回/週）	1,798円	88円/月
事業対象者・要支援2（2回/週）	3,621円	176円/月
生活機能向上加算	100円/月	
介護職員処遇改善加算I	上記基本単価+各種加算×9.2%（6月1日より） ※5月31日までは前年度とおり	

（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、3割に認定された方は3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790円
その他	（1） 当事業所が紙パンツ、パット、オムツを提供した場合には、おむつ代費用（別表1）をお支払いいただきます。 （2） その他ご利用者の日常生活に要する費用	別表1のとおり

※別表1（おむつ代）

おむつ代	紙おむつ（マジックテープ式）	Mサイズ	200円
	紙おむつ（マジックテープ式）	Lサイズ	200円
	フラットタイプ紙おむつ	フリーサイズ	100円
	フレネ補助パット		100円
	はくパンツ	各サイズ（S, M, L）	200円

（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。

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（口座振替）にてお支払いいただきます。

- (2) 上記のとおり、通帳自動引落の方法（口座振替）を原則としておりますが、口座振込又は現金払いの方法も承ります。

15. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を下記のとおり選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 亀山雄樹
-------------	----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
(3) 苦情解決体制を整備しています。
(4) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
(5) 第三者の相談員として「下松市介護サービス相談員」を受入れます。
(6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、速やかに、これを市町村に通報します。

16. 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 副施設長 田村則子 連絡先 電話番号 0833-47-0753 FAX番号 0833-47-1229 ※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

○下松市介護保険係

〒744-8585 下松市大手町3-3-3 (0833-45-1831)

○山口県国民健康保険団体連合会

〒753-8520 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）

〒753-0072 山口市大手町9-6 ゆー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など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。

17. 緊急時等の対応

通所介護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。

18. 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、主治医・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、主治医・嘱託医師の確認又は指示のもと、管理者自らまたは業務責任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

事後報告書の作成	業務責任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。
安全対策委員会の開催	管理者は、理事長の指示のもと、安全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。
損害賠償	本所は、本所の通所介護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。 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

19. 身体拘束

生命の危険等緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、必ずご家族（または代理人）に連絡、説明と承認等の手続きを行い、その態様や経過の記録等、身体拘束の廃止に向けた必要な措置を講じます。

20. 衛生管理等

(1) 職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

(2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

21. 感染症の発生及びまん延時の対応について

<p>(1) 日頃の対応や感染症対策の徹底</p>	<p>①サービス提供に先立ち、本人の体温を計測し、発熱が認められる場合には、かかりつけ医など、地域の身近な医療機関への相談や受診を行うよう促す。</p> <p>②居宅介護支援事業所等と連携し、感染防止策を徹底する。 ※基礎疾患を有する者等は勤務上の配慮を行う。</p> <p>④サービス提供前後における手洗い、マスクの着用、エプロンの着用、必要時の手袋の着用、咳エチケットを徹底する。</p> <p>⑤事業所内でもマスクを着用する等、感染の機会を減らすための工夫を実施する。</p> <p>⑥発熱のある利用者については、担当職員を分けて対応や、最後に訪問する等の対応をする。</p>
<p>(2) 感染が疑われる症状が見つかった場合(管理者が判断)</p>	<p>①かかりつけ医等、身近な医療機関に電話相談、土日・夜間の場合等の相談する医療機関に迷う場合には、相談センターに電話・相談する。</p> <p>②情報共有・報告等 速やかに管理者等に報告し、事業所内で情報共有する。指定権者、家族、主治医、居宅介護支援事業所等に報告する。</p> <p>③消毒・清掃等 利用した共用スペースや静養室、トイレ等の消毒・清掃について保健所の指示で対応する。その他の対応については下記のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疫学調査への協力等 ・保健所が行う調査への協力。 ・居宅介護支援事業所への連絡。
<p>(3) 感染者が発生した場合</p>	<p>①情報共有・報告等 速やかに管理者等に報告し、事業所内で情報共有する。指定権者、家族、主治医、居宅介護支援事業所等に報告する。</p> <p>②消毒・清掃等 利用した共用スペースや静養室、トイレ等の消毒・清掃について保健所の指示で対応する。</p> <p>③疫学調査への協力等 利用者のケア記録や面会者の情報を提供する</p>

2.2. 業務継続計画（BCP）について

災害等により、電気、ガス、水道等のライフラインが寸断され、サービス提供の維持が困難となった場合、また感染症等の発生時においても、最低限のサービス提供が維持できるように、緊急時の人員の招集方法や飲料水、食料、マスク等の衛生用品、冷暖房設備や空調設備稼働用の燃料などの確保策等を別に定める「社会福祉法人業務継続計画」

（BCP）に則り対応します、又、別に定める「社会福祉法人業務継続計画」（BCP）に則り職員は定期的な研修、訓練（シミュレーション）を実施します。

2.3. 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・循環器内科・リハビリテーション科
入院設備	有り

2.4. 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カ所	誘導灯	46カ所
	消化器	53カ所	防火シャッター	5カ所
	自動火災報知機	有	避難階段	3カ所
非常通報装置	有	避難口	13カ所	
防煙パネル	3カ所	防火垂れ壁	6カ所	
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			

2.5. 当事業所の予防給付型サービスをご利用いただく上での留意事項

- (1) ご利用者の予防給付型サービス計画の作成にあたり、サービス内容の変更、追加などのご希望がありましたら、ご連絡下さい。
- (2) ご利用者には、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いただく場合があります。
- (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、他の日にご利用いただくよう協議させていただきます。
- (6) ご利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けられたときや自立（非該当）と認定された時は、当事業所にご連絡下さい。

重要事項説明書の年月日

重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
説明者氏名	

本書2通を作成し、利用者、事業所が1通ずつ保管するものとします。

私は、本書面に基づいて事業所から利用約款・重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 〒 _____
氏 名 _____

(代理人)

住 所 〒 _____
氏 名 _____

_____ (関係)

(家族代表者)

住 所 〒 _____
氏 名 _____

_____ (続柄)