

# 指定通所介護重要事項説明書

## (高森苑デイサービスセンター)

(令和7年3月1日現在)

当事業所は、利用者ご本人に対して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。  
なお、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。しかし、要介護認定をまだ受けていない方でも、認定見込みのある方については、申請日から「みなし利用」が可能な場合があります。

### 1. 当センターの通所介護サービスの特徴等

#### (1) 事業所の目的

社会福祉法人高森福祉会が行う通所介護の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設において介護の提供に当たる従業者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護サービスを提供することを目的とする。

#### (2) 運営の方針

事業所の職員は、ご利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の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。

### 2. 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人高森福祉会
所在地	山口県岩国市玖珂町3813番地6
代表者氏名	理事長 岩本 浩
電話番号	0827-82-0500
FAX番号	0827-82-0736

### 3. 高森苑デイサービスセンターの概要

#### (1) 事業所の概要

名称	高森苑デイサービスセンター
所在地	山口県岩国市周東町西長野621番地1
管理者氏名	社長 孝治
事業所番号	山口県第3577200268号
利用定員	29名（通所型サービスタイプⅠを含む）
電話番号	0827-84-3747
FAX番号	0827-84-1401

## (2) 実施・送迎地域

送迎サービス及び 実施対象地域*	通常の事業の実施地域は、岩国市内とする。但し、振興山村地域及び離島地域を除く。(岩国市以外は要相談)
---------------------	--

## (3) ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	山口県知事の事業者指定		利用定数
	指定年月日	指定番号	
指定介護老人福祉施設	12年4月1日	山口県3577200250号	84名
短期入所生活介護	12年4月1日	山口県3577200250号	16名
介護予防短期入所生活介護	18年4月1日	山口県3577200250号	
通所型サービスタイプ1	18年4月1日	山口県3577200268号	29名

## (4) センターの設備等

静 養 室	1 室	相 談 室	1室
食堂兼機能訓練室	1 室 110.53㎡	送 迎 車	5台
浴 室	一般浴と機械浴が あります。		

## (5) 職員の体制

	員数	職務内容	職員の体制
管理者	1 人 (併設施設兼務)	センターの職員の管理及び業務の管理を一元的に行い、従業者に対し、指揮命令を行う。	13:10~14:10
生活相談員	2人以上	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において必要な役割を果たす。	8:30~17:30 9:10~18:10
機能訓練指導員	2人以上	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。	8:30~17:30 9:10~18:10 8:30~12:30 非常勤職員は雇用契約による
看護職員	1人以上	健康チェック等を行うことにより利用者の健康状態を的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行う。	8:30~17:30 8:10~17:10 9:10~18:10 非常勤職員は雇用契約による

介護職員	4人以上	通所介護の提供にあ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。	8:10~17:10 8:30~17:30 9:10~18:10 非常勤職員は雇用契約による
------	------	---	---

(6) 営業日及び営業時間

月曜日から金曜日	営業時間：午前8時30分～午後6時 サービス提供時間：午前9時30分～午後4時40分
※天災その他やむを得ない理由により営業を中止した場合は、土曜日に営業日を振り替える。	

4. 料金について

介護報酬改正に基づく料金の改正はそれに従うものとし、料金改正通知書を発送致します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

ご利用者の要介護度及び「利用者負担割合証」に示された、利用者負担額をお支払いください。

区分	項目	利用者負担額			単位：円	
		1割	2割	3割	備考	
基本	要介護度 1	658	1,316	1,974	1日当り	
	要介護度 2	777	1,554	2,331	1日当り	
	要介護度 3	900	1,800	2,700	1日当り	
	要介護度 4	1,023	2,046	3,069	1日当り	
	要介護度 5	1,148	2,296	3,444	1日当り	
加	入浴介助加算	I	40	80	120	1日当り
		II	55	110	165	1日当り
	個別機能訓練加算	(I) イ	56	112	168	1日当り
		(I) ロ	76	152	228	1日当り
		II	20	40	60	1月当り
	ADL維持等加算 I		30	60	90	1月当り
	ADL維持等加算 II		60	120	180	1月当り

算	口腔機能向上加算Ⅱ		160	320	480	1回当たり・月2回を限度
	認知症加算		60	120	180	1日当たり
	口腔・栄養スクリーニング加算	I	20	40	60	1月当たり・6ヶ月に1回
		Ⅱ	5	10	15	1月当たり・6ヶ月に1回
	若年性認知症利用者受入加算		60	120	180	1日当たり
	科学的介護推進加算		40	80	120	1月当たり
	サービス提供体制強化加算Ⅰ		22	44	66	1日当たり ※区分支給限度基準額の算定対象外
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		サービス費(加算含む)×9.2% ※区分支給限度基準額の算定対象外			
	送迎減算		-47	-94	-141	片道当たり・送迎をしなかった場合の減算

(2) 振興山村及び離島地域に居住する利用者へのサービス

介護報酬制度における山口県の「振興山村及び離島地域」に居住される場合は、所定単位数の5%を加算します。

(3) 介護保険の給付の対象とならないサービス

①介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。(加算対象サービスを含む)

区分支給限度額を超えたサービスに係る介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・サービス提供体制強化加算についても、ご利用者の10割負担となります。

②ご契約者及び利用者ご本人の希望によりレクリエーション等に参加していただくことができます。その場合利用料金、材料代等の実費をご負担いただきます。

③日常生活上必要となる諸費用実費等、利用者ご本人の日常生活に要する費用で自己負担が適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

④施設内及び施設外特別行事については、行事ごとに計画詳細を提示し参加希望を確認した上で、実費をご負担いただきます。

⑤食事の提供に要する費用をご負担して頂きます。

昼食代： 1食あたりあなたの自己負担額は575円

※ 食材費、調理等にかかる費用は自己負担となります。

ご希望により、おやつを提供します(選択制) 一日一回 55円

⑥償還払いの場合、一旦介護報酬額全額を支払い、その後領収書を添付してあなたの居住する市町村に請求をすると、9割(8割・7割)の還付が得られます。

⑦利用を希望される喫茶は下記の通りご負担いただきます。

喫茶料金	アイスクリーム(1個)	50円
	コーヒー、紅茶、ココア	各 100円
	生姜湯、甘酒、おしるこ	

⑧要介護認定の結果、自立と判断された場合や介護認定切れなど介護認定がない場合の費用負担は以下とします。

全額自己負担金： 利用料 要介護1の基本サービス費と同額  
入浴代 550円 食事代 575円

#### (4) 利用料金の支払方法

- ① 1か月ごとに計算し、翌月 10 日までにご請求いたしますので月末までのお支払いをお願いします。支払い方法は、当事業所の事務室窓口へご持参していただくか、又は下記への口座振込みをお願いします。

お振込先：山口銀行 高森支店 普通預金 5010850

シカイフクシホウジン タカモリフクシカイ トクベツヨウゴロウジンホーム タカモリエン リジチョウ イワモト ヒロシ

名義人：社会福祉法人 高森福社会 特別養護老人ホーム 高森苑 理事長 岩本 浩

(振込手数料はご利用者様にご負担をお願いします)

#### 5. サービスの利用方法

##### (1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。

サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

##### (2) サービスの終了

- ① ご契約者及び利用者ご本人の都合により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週間前までに文書でお申し出下さい。なお、文書は当方で用意してありますので、必要なときはお申しつけください。

- 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カ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、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者ご本人が介護保険施設等に入所した場合。
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者ご本人の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
- ・ お客様がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

- 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、ご本人や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、または当事業所が倒産した場合、お客様は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。
- ・ サービス利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、催告にもかかわらず15日以内にお支払いがない場合、またはご本人やご家族などが当事業所や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、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合があります。

#### 6. 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容を変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に

連絡を取る等必要な措置を講じます。

※ サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

#### 7. サービス利用に当たっての留意事項

(1) デイサービスご利用時にご持参いただく物は、次のとおりです。

- ① 介護保険証及び健康保険証（初回及び保険証更新時）
- ② 内服薬及び処置に必要な医療用材料
- ③ 着替え
- ④ ご家族との連絡帳
- ⑤ 室内用靴
- ⑥ 必要な介護用品（紙おむつ、紙パンツ、尿パット等）

※入浴用タオル、石鹸類等は用意してあります。

※金銭、貴重品はお持ちにならないで下さい。

※また菓子や漬け物等食品類の持ち込み、及び他の利用者へのお裾分けはご遠慮下さい。

※職員へのお心付けは、一切お受けしないことになっております。

#### 8. 虐待・ハラスメント防止のための措置について

ご利用者の人権擁護・虐待及び職員へのハラスメント防止等に対応するため、責任者の設置、相談窓口の設置等苦情解決体制の整備、成年後見制度の利用支援、職員に対する研修、地域の他団体機関(医師等職種、法律専門家、行政、警察、地域の事業者団体)等との連携その他必要な措置を講じます。

#### 9. 相談、要望、苦情等の窓口

(1) 通所介護に関する相談、要望

電話 0827-84-3747（午前9時～午後5時30分まで）

担当 生活相談員 高村 育子 ・高橋 千鶴 ・成瀬 純子

○ご不明な点は、何でもおたずねください。

(2) 苦情等の窓口

☆当デイサービスにおける相談窓口☆

電話番号；0827—84—3747

担当部署；生活相談員 高村 育子 ・高橋 千鶴 ・成瀬 純子

（受付時間月～金曜日9：30～17：30）

☆行政機関その他苦情受付機関☆

岩国市福祉部福祉政策課 〒740-8585 岩国市今津町一丁目14番51号  
（岩国市役所3階）

（TEL）0827-29-5072 （FAX）0827-21-3337

○受付時間 原則、祝日を除く毎週月曜日～金曜日

8：30～17：15

周南市福祉部高齢者支援課 〒742-8655 周南市岐山通1丁目1番地

（TEL）0834-22-8343 （FAX）0834-22-8251

○受付時間 原則、祝日を除く毎週月曜日～金曜日

8：30～17：15

柳井市健康福祉部高齢者支援課 〒742-8714 柳井市南町一丁目10番2号

（TEL）0820-22-2111(内線155～157) （FAX）0820-23-7566

○受付時間 原則、祝日を除く毎週月曜日～金曜日  
8：30～17：15

田布施町健康保険課 〒742-1592 熊毛郡田布施町大字下田布施3440番地1  
(TEL) 0820-52-5809 (FAX) 0820-52-5967

○受付時間 原則、祝日を除く毎週月曜日～金曜日  
8：30～17：15

山口県国民健康保険団体連合会 〒753-0871 山口市朝田1980-7  
(TEL) 083-995-1010 (FAX) 083-934-3665

○受付時間 月～金曜日 9：00～17：00

山口県福祉サービス運営適正化委員会 〒753-0072 山口市大手町9番6号  
(TEL) 083-924-2837 (FAX) 083-924-2793

○受付時間 月～金曜日 8：30～17：00

(3) 苦情を受付けた際には、次の手順で処理いたします。

- ①担当者が苦情を受付けて処理表に記載いたします。
- ②苦情についての事実確認を行います。
- ③苦情処理方法を記載した上で苦情解決責任者の決裁を得る。
- ④苦情処理の関係者との改善の協議を行う。
- ⑤苦情申出者に報告をする。
- ⑥苦情処理についての成果等を記録する。

(4) 第三者委員の設置

① 第三者委員は、理事会で選考して理事長が任命した以下の委員を置く。

山崎 保彦	〒742-0341 岩国市玖珂町3851番地 電話 0827-82-2495
岡村 静代	〒742-0021 柳井市柳井7146-2 電話 0820-22-5997

② 職務は次のとおりとする。

- ア 苦情受付担当者から受付けた苦情内容の報告聴取
- イ 苦情内容の報告を受付けた旨を苦情申出人へ周知
- ウ 利用者からの苦情の直接受け付け
- エ 苦情申出人への助言
- オ 事業者への助言
- カ 苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの立会い、助言
- キ 苦情解決責任者からの苦情に係る事案の改善状況等の報告徴取
- ク 日常的な状況把握と意見傾聴

10. 秘密の保持

- (1) 事業者及びサービス従事者又は、指定通所介護サービスを提供する上で知り得た契約者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (3) 前2項にかかわらず、契約者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約

者又は契約者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。  
 事業所の職員やその他の職員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及び家族等の秘密を漏らしません。また秘密保持のための監視を常に怠りません。

## 11. 緊急時の対応

緊急時には、利用者の主治医又は下記の事業所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、家族等（緊急連絡先）及び担当の居宅介護支援事業所に連絡いたします。

協力医療機関	医療機関の名称	岩本医院
	医院長名	岩本 浩
	所在地	山口県岩国市周東町下久原2480番地1
	診療科目	内科・理学療法科
	連絡先	(電話) 0827-84-0011 (FAX) 0827-84-3333

協力歯科医院	医療機関の名称	みどり歯科クリニック
	医院長名	岩本 潔
	所在地	山口県岩国市周東町下久原1147-6番地
	連絡先	(電話) 0827-83-0418 (FAX) 0827-83-0648

## 12. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム高森苑 消防計画 防災マニュアル」に則り対応を行います。 非常災害により、利用者の生命に危険が及ぶことが予測される場合、臨時休業とすることがあります。			
平常時の訓練等	別途定める高森苑デイサービスセンターの計画により3ヶ月1回程度避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	なし	防火扉・シャッター	なし
	非難階段	なし	屋内消火栓	なし
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	漏電火災報知機	なし
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	なし
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：平成7年12月1日 防火管理者：森本 誠（平成21年11月25日変更届出済）			

### 13. 事故発生時の対応

利用者の予期せぬ事故が発生したときは、次のとおり迅速かつ適切により円滑かつ円満な解決につとめます。

#### (1) 利用者及び家族への対応

##### ①最善の処置

介護事故が発生した場合、まず利用者に対して可能な限り緊急処置を行うとともに、引き続き看護職員により最善の処置を行います。

##### ②管理者への報告

速やかに管理者へ報告するとともに、事業所に対応できない場合には、担当医師の指示で協力医療機関へ移送します。

##### ③利用者及び家族への説明

処置が一段落すれば、できるだけ速やかに利用者や家族等に誠意を持って説明し、家族の申出についても誠実に対応します。

##### ④利用者及び家族への損害賠償

介護事故により事業所が倍償責任を負った場合は誠意を持って、以下の保険会社により利用者及び家族に対して補償します。

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

##### ⑤事故記録と報告

利用者への処置が完了した後、速やかに事故報告書を作成し再発防止に努めます。

#### (2) 行政機関への報告

重大な介護事故や死亡事故など重大な事故が発生した場合は、速やかに関係機関に報告します。

指定通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

私は、本書面に基づいて当施設の職員（職名\_\_\_\_\_氏名\_\_\_\_\_）から上記、重要事項の説明を受けたことを確認いたします

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

利用者	住所	_____
	氏名	_____
利用者家族等	住所	_____
	氏名	_____ <u>続柄</u> _____