

通所型サービスタイプ1 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型サービスタイプ1の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又は要支援認定の結果「要支援」と認定された方及び事業対象者が対象となります。しかし、要介護認定又は要支援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」でサービスの利用が可能な場合があります。

1. 当センターの通所型サービスタイプ1のサービスの特徴等

(1) 事業所の目的

社会福祉法人高森福祉会が行う通所型サービスタイプ1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、施設において介護予防の提供に当たる従業者が、要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所型サービスタイプ1の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、必要な日常生活の支援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るものとする。

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	往長 孝治
事業所番号	山口県第3577200268号
利用定員	29名（指定通所介護を含む）

電話番号	0827-84-3747
F A X 番号	0827-84-1401

(2) 送迎

送迎サービス提供・ 実施対象地域*	岩国市全域とする。(但し、振興山村及び離島を除く)
----------------------	---------------------------

(3) ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	山口県知事等の事業者指定		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	
指定通所介護	19年10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	職員の体制
管理者	1 人 (併設施設兼務)	13 : 10 ~ 14 : 10
生活相談員	2 人以上	8 : 30 ~ 17 : 30 9 : 10 ~ 18 : 10
機能訓練指導員	2 人以上	8 : 30 ~ 17 : 30 9 : 10 ~ 18 : 10 非常勤職員は雇用契約により
看護職員	1 人以上	非常勤職員は雇用契約により 8 : 10 ~ 17 : 10 8 : 30 ~ 17 : 30 9 : 10 ~ 18 : 10
介護職員	4 人以上	8 : 10 ~ 17 : 10 8 : 30 ~ 17 : 30 9 : 10 ~ 18 : 10 非常勤職員は雇用契約により

(6) 営業日及び営業時間

月曜日から金曜日 ※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	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
---	---

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) 第1号事業支給費の支給の対象となるサービス

- ①入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練等のサービスについては、通常、利用料金の9割が第1号事業支給費として支給されます。但し、一定以上の所得のある方は第1号事業支給費の支給が8割又は7割となります。
- ②ご利用者の要介護度及び介護保険負担割合証に応じサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

区分	項目	1月あたりの自己負担額			単位：円
		1割	2割	3割	
基本	要支援1 事業対象者（週1回程度）	1,798	3,596	5,394	
	要支援2 事業対象者（週2回程度）	3,621	7,242	10,863	
加算	若年性認知症利用者受入加算	240	480	720	
	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）	88	176	264	※区分支給限度額の算定対象外
	サービス提供体制強化加算Ⅰ 要支援2・事業対象者（週2回程度）	176	352	528	※区分支給限度額の算定対象外
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	320	480	
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	40	60	6ヶ月に1回
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	10	15	6ヶ月に1回
	科学的介護推進体制加算	40	80	120	
	送迎減算	-47	-94	-141	片道につき、送迎をしなかった場合の減算
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	基本サービス費に上記加算を加えた額の9.2%です。 ※区分支給限度額の算定対象外				

(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) 前記(1)の料金・費用は、次の通りお払い下さい。

① 通所型サービスタイプ1のサービスの利用料金は月額制とします。月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下の各号に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

ア 月途中に要介護から要支援に変更となった場合

イ 月途中に要支援から要介護に変更となった場合

ウ 同一保険者内での転居等により事業所を変更した場合

エ 介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護の利用者が、これらのサービスを利用しない日に月額報酬サービス（訪問型サービスタイプ1、通所型サービスタイプ1、介護予防通所リハビリテーション）を利用した場合

オ 契約期間が1月に満たない場合

② 途中で要支援度が変わった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

(4) 第1号事業支給費の支給の対象とならないサービス

① 第1号事業支給費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・サービス提供体制

加算・振興山村及び離島地域に居住のサービス提供加算についても、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していただきます。

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していただきます。

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、実費をご負担していただきます。

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 償還払いの場合には、一旦あなたが第1号事業に要する費用の額全額を支払い、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ことにより、9割（8割・7割）の還付が得られます。

⑦ 利用者が希望する喫茶は、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
生姜湯、甘酒、おしるこ } 各 100円

⑧ 要介護認定の結果、自立と判定された場合や介護認定切れなどで介護認定がない場合の費用は以下の費用とします。

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 400円

食事代 575円

(5) 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。お支払い方法は当事業所にご持参いただきますか下記の口座振込みにてお願いします。

お振込先：山口銀行 高森支店 普通預金 5010850

シヤ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 イモト ヒロシ

名義人：社会福祉法人 高森福祉会 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)

- ② 諸事情で、上記お支払いが困難な場合には、当事業所で山口銀行と郵便局で自動引落の契約を結んでおりますので、契約時に当事業所にご相談ください。

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、通所型サービスタイプ1計画を作成して、サービスの提供を開始します。

※ 介護予防サービス計画・支援計画書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 お客様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週間前までに文書でお申し出下さい。

- 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。

- ・ お客様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お客様の要介護認定区分が、要介護又は非該当（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、お客様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。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内にお支払いがない場合、またはお客様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、すぐにサービスを終了させていただく場合がございます。

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 必要な介護用品（紙おむつ、紙パンツ、尿パット等）
- ⑥ 室内用靴

※ 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。

(2) 喫煙

施設内の喫煙スペースのみ喫煙ができます。

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(医師等他職種、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) 通所型サービスタイプ1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

☆サービス相談窓口☆ 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)
☆岩国市相談窓口☆ 電話番号；0827-29-5072 担当部署；岩国市福祉部福祉政策課 指導監査室 (受付時間 月～金曜日 8：30～17：15)
☆山口県国民健康保険団体連合会☆ 電話番号；083-995-1010 (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☆
電話番号；083-924-2837
(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もらう。
- 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番地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、通所型サービスタイプ1の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、契約者に係る地域包括支援センター及び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その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）及び担当の介護予防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・循環器内科
	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

1.2. 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。			
近隣との協力関係	周東町内会と近隣防災契約を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
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消防計画により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）			

1.3. 事故発生時の対応について

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賞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。

通所型サービスタイプ1のサービス提供開始にあたり、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 _____ 続柄 _____