

## 夢のみずうみ村山口デイサービスセンター重要事項説明書

この重要事項説明書は、当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サービス利用希望者に対して説明するものです。

### 1. 事業者名称概要

名 称	社会福祉法人 夢のみずうみ村
法人所在地	〒753-0801 山口市中尾木乃787番地1
電話番号	083-995-2820
代表者氏名	理事長 宮本 志郎
設立年月	平成23年8月1日

### 2. 事業所の概要

事業所の種類	通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業
事業所の名称	夢のみずうみ村山口デイサービスセンター
事業所の所在地	〒753-0801 山口市中尾木乃787番地1
連絡先	電話：083-995-2820 FAX：083-995-2825
管理者氏名	岡田 百代
指定年月日	平成23年8月1日
事業所番号	3570302061
定員	80人
通常の事業の実施地域	山口市（旧阿知須町、旧徳地町、旧阿東町除く）の地域とする。但し、この地域外に居住される方に対し、サービスの提供を妨げるものではありません。

### 3. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	「こう過ごしたい」「あれをやってみたい」「ああなりたい」、お一人おひとりの「意思」を大切に、歩んできた人生や身体の状態などのちがいのなかで、「生活を楽しむ」支援を提供します。
運営方針	<ul style="list-style-type: none"><li>・「生活を楽しむ」うえで、心（意思）が動き行動となることが、身体と精神の健康に重要と考え、心（意思）が動くような環境や関わりを提供します。</li><li>・どのように1日過ごそうか。数ある過ごし方の中から、お一人おひとりご自身の意思で決めて行動されることを支援します。</li><li>・身体の状態、生活動作（食事、更衣、排泄、移動、入浴 等）を確認し、「できること」「していること」を継続していただくことを大切にします。</li><li>・「できそうかな」「やってみたいけど不安」には、どうすればそれができるかを一緒に考えます。</li></ul>

#### 4. 営業時間とサービス提供時間

営業日	月曜日から金曜日 (土・日曜日、年末年始12月30日～1月3日を除く)
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
提供時間	午前9時15分から午後4時30分
要支援1 <u>山口市内(阿東、徳地を除く)の方</u> 利用頻度：週1回	午前9時15分から午後4時30分
要支援1 <u>阿東、徳地、山口市外の方</u> 利用頻度：月2回	午前9時15分から午後4時30分 阿東のみ 午前10時から午後4時15分
要支援2 <u>山口市内(阿東、徳地を除く)の方</u> 利用頻度：週2回	午前9時15分から午後4時30分
要支援2 <u>阿東、徳地、山口市外の方</u> 利用頻度：月4回	午後9時15分から午後4時30分 阿東のみ 午前10時から午後4時15分

#### 5. 職員の体制

職種	勤務形態・人数
看護職員	1人以上
生活相談員	2人以上
機能訓練指導員	2人以上
介護職員	20人以上
事務員	1人以上
調理職員	1人以上

\*上記の職員数は、利用人数及び事業を進める上で変動する場合があります。

## 6. 【要介護】利用料金

要介護区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用料 (1日あたり) 7時間～8時間未満	607円 (1割負担)	716円 (1割負担)	830円 (1割負担)	946円 (1割負担)	1059円 (1割負担)
	1214円 (2割負担)	1432円 (2割負担)	1660円 (2割負担)	1892円 (2割負担)	2118円 (2割負担)
	1821円 (3割負担)	2148円 (3割負担)	2490円 (3割負担)	2838円 (3割負担)	3177円 (3割負担)

(別に下記加算対象となる方はその要件を満たした月は加算請求となります。)

\* 1割負担の場合の金額    2割負担の場合は金額×2    3割負担の場合は金額×3

項目	1割負担	算定基準・算定内容
入浴介助加算 (I)	40円/日	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。
個別機能訓練加算 I ロ	76円/日	利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練。生活意欲が増進されるよう利用者を援助。 *機能訓練士1名以上配置。時間の定めはないが、合計で2名以上の機能訓練士を配置している時間帯において算定が可能
個別機能訓練加算 (II)	20単位/月	個別機能訓練加算 I の取り組みに加えて、厚生労働省に個別機能訓練計画の情報を提出・フィードバックを受けること。 計画に基づいた訓練の実施、評価、評価結果を踏まえた計画の見直しや改善の一連のサイクルによりサービスの質の管理を行う。
サービス提供体制強化加算 III	6円/日	介護福祉士が40%以上、または、常勤職員が60%以上、または勤続7年以上の職員が30%以上、いずれかに該当する場合。*算定要件に適合する場合のみ算定
科学的介護推進体制加算	40円/月	1利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等の基本的な状況を厚生労働省に提出する。
介護職員処遇改善加算 II ロ	1ヶ月の利用料金の11.8%	介護職員の雇用安定化に向け、介護職員の資質向上に向けた教育研修を実施し、且つ労働保険法令に適合した適切な運営を行っている事業所を対象に加算。基本算定算に11.8%を乗せた単位数を算定
中山間地域等に居住する者	1ヶ月の利用料金の5%	運営規程に定めている通常の事業の実施地域の範囲内であれば中山間地域等に居住する利用者にサービスを提供した場合。
事業所が送迎を行わない場合	-47円/片道	利用者の居宅と通所介護事業所との間の送迎を実施していない場合減算する。

## 7. 【要支援】利用料金

	1割負担	2割負担	3割負担
通所型独自サービス1	1,798円	3,596円	5,394円
通所型独自サービス2 2 (週1回程度)	1,798円	3,596円	5,394円
通所型独自サービス2 (週2回程度)	3,621円	7,242円	10,863円

\* 1割負担の場合の金額 2割負担の場合は金額×2、 3割負担の場合は金額×3

項目	1割負担額	算定内容
生活機能向上グループ活動加算 要支援1、要支援2	1000円/月	自立した日常生活を営むための共通の課題を有する利用者に対し生活機能の向上を目的とした活動をグループで行った場合に算定。
サービス提供体制強化加算Ⅲ1 要支援1	24円	介護福祉士が40%以上、または、常勤職員が60%以上、または勤続7年以上の職員が30%以上、いずれかに該当する場合。 *算定要件に適合する場合のみ算定
サービス提供体制強化加算Ⅲ2 2 要支援2 (週1回程度)	24円	介護福祉士が40%以上、または、常勤職員が60%以上、または勤続7年以上の職員が30%以上、いずれかに該当する場合。 *算定要件に適合する場合のみ算定
サービス提供体制強化加算Ⅲ2 要支援2	48円	介護福祉士が40%以上または、常勤職員が60%以上、または勤続7年以上の職員が30%以上いずれかに該当する場合。 *算定要件に適合する場合のみ算定
介護職員処遇改善加算Ⅱロ	1ヶ月の利用料金の11.8%	介護職員の雇用安定化に向け、介護職員の資質向上に向けた教育研修を実施し、且つ労働保険法令に適合した適切な運営を行っている事業所を対象に加算。基本算定算に11.8%を乗せた単位数を算定
事業所が送迎を行わない場合	-47円/片道	利用者の居宅と通所介護事業所との間の送迎を実施していない場合減算する。
科学的介護推進体制加算	40円/月	1利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等の基本的な状況を厚生労働省に提出する。
中山間地域等に居住する者	1ヶ月の利用料金の5%	運営規程に定めている通常の事業の実施地域の範囲内であれば中山間地域等に居住する利用者サービスを提供した場合。

## 8. その他の費用

昼食代	1食	680円	グループ活動	調理活動	250円
料理教室	1回	300円		手工芸活動	350円
パン作り	1回	200円		園芸活動	200円

\*材料費がかかるプログラム活動があります。参加される際は事前に費用等はお伝えします。

※ご利用当日の欠席連絡の場合 食事代 680円 ご負担頂きますのでご了承ください。

月曜日につきましては、当日朝8時までにご連絡いただければ、食事代のご負担はございません。

## 9. 緊急時の対応

対処方法	利用中において、緊急の事態が発生した場合は、協力医又は必要に応じて受診医療機関の主治医に連絡、または、救急搬送するなど必要な措置を講ずるほかご家族へ連絡を行います。
利用者のかかりつけ 医療機関	医療機関名 ( ) 主治医 ( ) 所在地 ( ) 電話番号 ( )
緊急連絡先①	氏名 ( ) 続柄 ( ) 電話番号 ( )
緊急連絡先②	氏名 ( ) 続柄 ( ) 電話番号 ( )

\* 常時ご連絡できるところをご記入下さい。

## 10. 事業所の協力医療機関

医療機関名	青山胃腸科内科	診療科	内科 消化器内科
所在地	山口市吉敷上東3丁目1-22		
代表者	青山 榮	電話番号	083-923-1577

## 11. 非常災害時の対策

対応方法	サービスの提供中に天災その他災害が発生した場合、従業者は利用者の避難など、適切な措置を行います。また、管理者は、非常災害に関する具体的計画を立て、従業者に周知徹底を図るとともに、避難経路、協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮を取ります。
平時の訓練	非常災害に備えるため、避難、救出その他必要な訓練を定期的（年1回以上）行います。

## 12. 秘密の保持

秘密の保持	<p>①職員は、業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持します。</p> <p>②事業者は、職員であった者に業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持させるため、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します。</p> <p>③サービス担当者会議などにおいて、サービス計画を作成するなどのために限り、利用者および利用者の家族の個人情報を用います。</p>
-------	---

13. 苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

①苦情等申立先

当事業所受付窓口	窓口担当者 生活相談員 重富明広 青井健太 大田静香 苦情解決責任者 岡田 百代 受付日 月曜日から金曜日（ただし年末年始を除く） 受付時間 午前9時30分から午後5時30分 電話番号 083-995-2820 F A X 番号 083-995-2825
主な公共機関相談窓口	山口県国民健康保険団体連合会 山口市朝田1980-7 電話 083-995-1010 山口市高齢福祉課 山口市亀山町2-1 電話 083-934-2758
第三者委員	第三者委員を設置し相談・助言が受けられる体制をとっています。 第三者委員 伊勢嶋 英子 受付時間 午前9時から午後5時 電話番号 090-9419-5542

②虐待防止に関する窓口

人権擁護・虐待防止	事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、事業所の従業者に対し研修の機会を確保します。
責任者	岡田 百代

14. ハラスメントに関する窓口

ハラスメントに関する相談窓口	管理者 岡田 百代
----------------	-----------

15. 特記事項

特記事項	<p>夢のみずうみ村には、リハビリテーションの効果を高めるため、以下のような障壁（バリアー）があります。</p> <p><u>階段、段差、火、機械、道具を使う危険、長い廊下、狭い通路</u> など</p> <p>ご家庭や外出時において遭遇される可能性のあるこれらの危険性を克服するための方法を体験・学習して頂く事をねらって、意図的に、障壁（バリアー）のある環境設置をしています。リハビリ上最大限の配慮は致しますが、不幸にして事故が発生した場合、またはその他の緊急事態が生じた時は、直ちに応急措置や医師・救急への連絡を行います。併せて速やかに管理者への連絡を行い、ご家族、担当ケアマネージャー及び県、市町村等へも適切な連絡を致します。</p> <p>また下記の賠償責任保険に加入するものとし、事業所の責に帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。</p>
------	--

事業所加入保険	加入保険会社：三井住友海上火災保険株式会社 保 険 種 目：福祉事業者総合賠償責任保険
---------	--

指定通所介護・介護予防通所介護・日常生活支援総合事業の利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

事業者 山口市中尾木乃787番地1 社会福祉法人 夢のみずうみ村 理事長 宮本 志郎	重要事項説明者  ( )
---	--------------------

本書面に基づいて事業者から指定通所介護・介護予防通所介護の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

家族代表者等 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
続柄 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

ご利用者・ご家族様

夢のみずうみ村山口デイサービスセンター  
管理者 岡田 百代

### ご利用者様の写真等使用に関するお願い

平素より当事業所をご利用いただき、誠にありがとうございます。

当事業所では、ご利用者様の活動されている様子をご紹介したく、広報誌、パンフレット、ホームページに写真を掲載させていただくことがあります。

つきましては、ご理解とご協力を賜りたくお願い申し上げます。

### 同意書

本人が写っている写真等の使用について、下記のとおり返答をお願いします。

- 広報誌への写真の掲載
- 夢のみずうみ村 パンフレット、ホームページの掲載
- 写真の掲載には同意しません

令和 年 月 日

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族代表者等

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印