

重 要 事 項 説 明 書

(介護予防・日常生活支援総合事業)

総合事業通所型サービスの提供開始にあたり、平成 11 年厚生省令第 37 号第 8 条に基づいて重要事項を以下のとおり説明します。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 長門市社会福祉協議会
所在地	長門市東深川 1 3 2 1 番地 1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	会長 藤野 忠次郎
電話番号	0 8 3 7 - 2 2 - 8 2 9 4

介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けている事業所名称	各事業所につき介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けている居宅サービスの種類
デイサービスセンター しあわせ長門 (山口県 3571100167 号)	通所介護 介護予防 日常生活支援総合事業
ヘルパーステーション しあわせ長門 (山口県 3571100340 号)	総合事業訪問介護 介護予防 日常生活支援総合事業
訪問入浴 しあわせ長門 (山口県 3571100258 号)	訪問介護入浴

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	長門市社協かよいデイサービスセンター
指定番号	山口県 3571100530 号
所在地・電話番号	長門市通 8 3 0 番地 0 8 3 7 - 2 8 - 0 1 1 1

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要支援状態にある高齢者に対して、適切な通所介護を提供すること
運営の方針	各種サービスを提供することにより、高齢者の自立生活の助長、社会的孤立感の解消、家族の介護負担の軽減を図る。

4. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務の体制
生活相談員	1人	常勤兼務 3名
看護職員	1人	常勤兼務 1名 非常勤兼務 1名
介護職員	2～3人	常勤兼務 2名 非常勤専従 1名 常勤兼務 1名
機能訓練指導員	1人	常勤兼務 1名 非常勤兼務 1名
調理員	1人	非常勤専従 2名

5. 営業時間・利用定員

1) 介護予防・日常生活支援総合事業

営業日	月・火・木・金・土・祝祭日（水・日 12月29日～1月3日を除く）
営業時間	午前8時15分～午後5時00分まで
サービス提供時間	午前8時45分～午後4時00分まで
利用定員（1日）	14名（通所介護・総合事業通所型）

6. サービス利用にあたっての留意事項

利用者がサービスの提供を受ける際は、次の事項に留意してもらうように説明を行い、利用者の同意を得るものとします。

- ①施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。
- ②サービス利用中における屋内での喫煙はご遠慮ください。
- ③サービス利用時間中の外出は認められておりませんのでご了承ください。
- ④他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ⑤所持金は自己の責任により管理してください。また、多額の金品の持ち込みはご遠慮ください。
- ⑥ご利用者間での金品の貸し借り、授受はトラブルの原因になりますので、ご遠慮ください。
- ⑦施設内での政治活動及び宗教活動はご遠慮ください。

7. 事故発生時の対応

事故発生の際は迅速に必要な措置を講じ、ご家族及び居宅介護支援事業者並びに総合事業支援事業者、保険者（長門市）に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

8. 非常災害対策

総合事業通所型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等適切な措置を講じます。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共に、避難経路及び協力医療機関との連帯方法を確認し、災害時には、避難等の指揮を執ります。また、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に（年1回以上）行うものとします。

9. 苦情申立窓口

当事業所相談苦情窓口 長門市社協かよい デイサービスセンター	所在地 窓口担当 電話番号 FAX ご利用時間	長門市通830番地 管理者 大下 眞由美 0837-28-0111 0837-28-0111 午前9時30分～午後3時30分
長門市社会福祉協議会 苦情解決委員会	所在地 電話番号 FAX ご利用時間	長門市東深川1321番地1 0837-22-8294 0837-22-4340 午前8時30分～午後5時15分
長門市役所 高齢福祉課 介護支援係	所在地 電話番号 FAX ご利用時間	長門市東深川1339番地2 0837-23-1158 0837-22-3680 午前8時30分～午後5時15分
山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 電話番号 FAX ご利用時間	山口市朝田1980番地7 0839-25-2003 0839-32-2003 午前8時30分～午後5時15分

10. 利用料金（自費利用の場合、要介護度に応じて）

介護度	時間単位	食費
要支援1	4,360 円/1 回	1 食 600 円
要支援2	4,470 円/1 回	

介 護 度 基本単位	要支援 1/自立支援	要支援 2/自立支援	介護保険適用外 （自費利用）
	4, 360 円/1 回	4, 470 円/1 回	
食費	600 円/1 回		
おむつ代	事業所の提供する紙おむつ使用時は実費		
合 計	円		

11. 事業の実施地域

通常の事業の実施地域は長門市内の区域とします。

地域外に居住する方もサービスを利用することができますが、送迎サービスを利用された場合、距離によって以下の費用を加算してご負担願います。

事業所からの距離	加算金額（ 介護保険適用外 ）
片道おおむね25km以上30km未満	1,000円
片道おおむね30km以上	2,000円

1 2. 緊急時の対応

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	吉村内科医院
	院長名	吉村 晃
	所在地	長門市東深川 1 9 5 3 番地 1
	電話番号	0 8 3 7 - 2 2 - 3 3 2 2
	診療科	内科
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	

私は介護保険外利用料金（総合事業対象）について事業所より説明を受け、内容に同意しました。

令和 年 月 日

氏 名 _____

続 柄 _____

説明者 _____