

重要事項説明書

1 当社の理念

私たちは、医療・保健・福祉の分野で、地域の方々の生活を生涯に渡って支えることに最善を尽くし、そして、そこで働いていることに誇りを持ちます。

2 事業の目的と運営方針

事業者（通所介護）は、要介護状態である利用者に対し、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行い、利用者の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ります。

また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の医療・保健・福祉サービス等との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3 事業所の概要

事業所名	ウェルネスセンター中央デイトレセンター	
所在地	山口市神田町1-4-2	
事業者指定番号	3570303812	
提供可能サービス	通所介護	
利用定員	ユニット1：75名（計1ユニット：75名）	
管理者及び連絡先	氏名	連絡先
	福井 晋作	083-902-5290
サービス提供地域	山口市	
職員体制等	管理者	1名
	生活相談員	1名以上：利用者の生活の向上を図るため、適切な相談・援助を行う。
	看護職員	1名以上：利用者の保健衛生管理及び看護業
	介護職員	13名以上：食事、入浴、排泄等、介護サービスを提供する。
	機能訓練指導員	1以上：心身の機能の向上・健康維持のための指導を行う。
営業日・営業時間	月曜日～土曜日 8：30～17：30	
サービス提供時間	ユニット1：上記営業日の 9：00～16：00	

4 サービス提供の責任者等

サービス提供の責任者は、次のとおりです。

なお、サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

責任者 氏名：福井 晋作 連絡先（電話）：083-902-5290

5 サービス利用料及び利用者負担

- (1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。また、食事提供に関わる費用、おむつ代、衛生材料費、利用者の希望による時間延長料金、および日常生活においても常に必要となるもので、利用者が負担することが適当と認められる費用については、利用者の実費負担となります。

昼食660円

事業所のサービス提供時間帯を超えた場合、30分につき500円

- (2) その他

ア 交通費通常のサービス提供地域（又は送迎地域）以外の地域についてのみ、所定の交通費（実費相当）が必要となります。（別途見積もりいたします。）

イ 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いします。

A 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とし。口座引落手数料は当法人が負担します。）。

B 現金払い（毎月末日までにお支払い願います）。

ウ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（介護保険負担割合証の記載に基づく額）を請求することになります。

エ 引き落とし不能となった翌月1日よりお支払いまでの期日の日数に応じて、年10%（一日当たり約0.03%）延滞利息を別途請求させていただきます。

※ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります）。

6 キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

全体窓口（連絡先）（電話）：083-902-5290

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。

(3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 期	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前日17時まで	無 料	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

7 サービス利用に当たっての留意事項

(1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

(2) 貴重品等の持込は、ご遠慮ください。また、利用者の所持品に関わる事故（紛失、破損等）につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

8 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない場合は、利用者および保証人の同意を書面にて得た上で身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、その様態および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

9 相談窓口、苦情対応

○当事業所ではお客様からの相談や苦情に対して、次の様な体制で対応致します。
何かありましたら、先ず苦情受付担当者にご一報願います。

担 当	役 割	担当者名および連絡先
苦情受付担当者	苦情の受付、確認、記録	福井 晋作 電話番号： 083-902-5290 FAX： 083-902-5294 対応時間：（月）～（土）8：30～17：30
苦情解決責任者	苦情の解決	松村 大祐 電話番号： 083-902-5290 FAX： 083-902-5294 対応時間：（月）～（土）8：30～17：30
第三者委員 （青藍会グループ全体を包括）	苦情の解決に対する助言、苦情の直接受付	福田 晴喜（湯田地区・児童民生委員） 山口市神田町7-1 電話番号： 083-923-1360 末宗 諭史（小原地区民生・児童委員） 山口市黒川765-6 電話番号： 083-924-6503 氏永 東光（嘉川地区 民生委員） 山口市嘉川2271番地 電話番号： 083-989-2033 藤田 達夫（宮野地区自治会連合会 副会長） 山口市桜畠4丁目6-26 電話番号： 090-2315-0499

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

山口市介護保険課	所在地：山口市亀山町2-1 電話番号：083-934-2795
山口県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地：山口市朝田1980-7 電話番号：083-995-1010

1.0 非常災害対策

- (1) 地震・風水害等、災害発生時には、管理者、防災管理者及び支店長の判断により、当事業を休止する場合があります。
- (2) 当事業所では、非常災害には次のような体制で対応します。

防災管理者（防火管理者）	松村 大祐
非常時の対応方法	当事業所の定めるマニュアルによる
平常時の訓練	2回／年（春・秋）、設備点検もあわせて実施
防災設備	自動火災報知器、非常警報装置、消火器、散水栓、スプリンクラー、非常発電装置

1.1 事故・問題発生時等、緊急時の対応

事故・問題が発生した場合、利用者の状態を確認し、必要な処置を行ないます。事故・問題の発生状況、利用者の状態については「事故報告書」に記録を残し、管理者より利用者のご家族に報告をします。また、必要であれば関連部署、市町村にも連絡をします。

各部署で発生した事故・問題に対して、管理者は自分の部署の職員と発生した事故・問題について「事故報告書」を基に対処方法を検討、決定し、是正処置を行います。また、管理者は発生した事故・問題の内容を確認し、その事故・問題の発生原因を職員と共に究明し、再発防止に努めます。

1.2 虐待の防止のための措置

本事業所では、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るため、次の措置を講じています。

- (1) 虐待の防止に関する責任者の選定

【虐待防止責任者】管理者 福井 晋作

- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催
- (5) 虐待の防止のための指針の整備
- (6) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
- (7) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

1.3 第三者評価の実施状況

当施設では、第三者評価を実施していません。

1.4 当社の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 青藍会
代表者名	理事長 阿武 義人
本社所在地・電話	所在地：山口市吉敷中東一丁目1-2 電話番号：083-933-6000
業務の概要	訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、夜間対応型ヘルパーステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、デイサービスセンター、グループホーム、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、有床診療所、無床診療所、短期入所施設、認可保育所、障がい福祉サービス、有料老人ホーム、特別養護老人ホームの設置経営
事業所数	43

【 説明確認欄 】

年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

(事業所) 社会福祉法人青藍会 理事長 阿武 義人 印
ウェルネスセンター中央デイトレセンター 山口市神田町1-4-2

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

(利用者) 住所 _____
氏名 _____ 印

(署名代行者) 住所 _____
氏名 _____ 印
利用者との関係 _____
署名代行の理由
(視覚障害、身体障害、手指震顫等) _____

(連帯保証人1) 住所 _____
氏名 _____ 印

(連帯保証人2) 住所 _____
氏名 _____ 印