

1. 事業者

法人名	社会福祉法人平戸市社会福祉協議会
法人所在地	長崎県平戸市岩の上町1466番地
電話番号	0950-22-2180
代表者氏名	会 長 宮 本 照 芳
設立年月日	平成17年9月1日

2. 事業所の概要

事業所名	平戸市社協通所介護生月事業所
所 在 地	長崎県平戸市生月町山田免3011番地
電話番号	0950-53-2615
管 理 者	平山 れつ子
サービス実施区域	平戸市全域
定 員	30名
開設年月日	平成17年9月1日
事業所の種類	指定通所介護事業所（長崎県第4270700406号）

3. 事業所の目的・運営方針

事業所の目的	事業所の従事者は、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、精神的負担の軽減を図るため、要介護・要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。
運営方針	当事業所の通所介護従事者は、要介護・要支援者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護等日常生活上必要な世話及び機能訓練を行なう。本事業の実施に当たっては、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
事業所が行っている他の業務	基準該当障害福祉サービス 生活介護事業・自立訓練事業(平戸市指定) 通所介護相当サービス事業・通所型サービス A(平戸市指定)

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 2階建 (耐火建築物・耐震構造)
	敷地面積	1086㎡
	延べ床面積	1283.29㎡

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
食堂	1 室	
機能訓練室	1 室	
静養室	1 室	
相談室	1 室	
トイレ	3 箇所	内、障害者用 1 箇所
浴室	3 箇所	内、特別浴室 1 箇所

5. 営業日及び営業時間

営 業 日	営 業 時 間
月曜日～土曜日・祝日（12 月 31 日～1 月 2 日を除く）	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
営業時間は、特別の需要がある場合、この限りではありません。	

6. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。（職員の配置については、指定基準を遵守しています）

職 種	員数
管理者	1 名
生活相談員	2 名以上
看護職員	2 名以上
介護職員	5 名以上

7. 各職種の勤務体系

職種	勤務体系
管理者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）
看護職員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）
介護職員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）

8. 当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）介護給付費対象サービス内容

サービスの種類	サ ー ビ ス の 内 容
相談・援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。

日常動作訓練	生活能力の維持・向上のための食事や家事等の日常生活能力を向上する為の訓練を行います。
介護	食事・入浴・排泄などの必要な援助を行います。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また、医療機関との連絡調整及び協力医療機関を通じて健康保持の為の適切な援助を行います。
創作的活動・レクリエーション	創作的活動・レクリエーションの機会を提供します。
食事サービス	食事の準備、介助を行います。 原則として、食堂にて食事を提供します。
送迎サービス	ご自宅と事業所間の送迎を行います。
入浴介助	安全に入浴が出来るよう、必要な援助・見守りを致します。

(2) 介護給付費対象外サービス内容（利用料金の全額がご契約者の負担となります。）

サービスの種類	サービスの内容	金額
介護保険給付の支給限度額を超えるサービスの利用	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利用者負担となります。	介護保険給付の支給限度額超過分全額
食事サービス	利用者に提供する食事の材料費や調理等の費用です。	1食当たり 500円
創作的活動	創作的活動を行う上で負担して頂くことが適当である費用をご負担していただきます。	実費
複写物の交付	利用者は、サービス提供に関する記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担していただきます。	実費
日常生活上必要となる諸経費	利用者の日常生活用品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担していただくのが適当であるものに係る費用をご負担していただきます。	実費

(3) 利用料金

【 指定通所介護 】 サービス1日あたりの利用料金について

< 利用時間 2時間 ～ 3時間未満 >

	介護度	サービス利用料	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担金 3割
介護給付	要介護1	2,720円/日	272円/日	544円/日	816円/日
	要介護2	3,110円/日	311円/日	622円/日	933円/日
	要介護3	3,510円/日	351円/日	702円/日	1,053円/日
	要介護4	3,920円/日	392円/日	784円/日	1,176円/日
	要介護5	4,320円/日	432円/日	864円/日	1,296円/日

< 利用時間 3時間 ～ 4時間未満 >

	介護度	サービス利用料	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担 3割
介護 給 付	要介護1	3, 700円/日	370円/日	740円/日	1, 110円/日
	要介護2	4, 230円/日	423円/日	846円/日	1, 269円/日
	要介護3	4, 790円/日	479円/日	958円/日	1, 437円/日
	要介護4	5, 330円/日	533円/日	1, 066円/日	1, 599円/日
	要介護5	5, 880円/日	588円/日	1, 176円/日	1, 764円/日

< 利用時間 4時間 ～ 5時間未満 >

	介護度	サービス利用料	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担金 3割
介護 給 付	要介護1	3, 880円/日	388円/日	776円/日	1, 164円/日
	要介護2	4, 440円/日	444円/日	888円/日	1, 332円/日
	要介護3	5, 020円/日	502円/日	1, 004円/日	1, 506円/日
	要介護4	5, 600円/日	560円/日	1, 120円/日	1, 680円/日
	要介護5	6, 170円/日	617円/日	1, 234円/日	1, 851円/日

< 利用時間 5時間 ～ 6時間未満 >

	介護度	サービス利用料	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担金 3割
介護 給 付	要介護1	5, 700円/日	570円/日	1, 140円/日	1, 710円/日
	要介護2	6, 730円/日	673円/日	1, 346円/日	2, 019円/日
	要介護3	7, 770円/日	777円/日	1, 554円/日	2, 331円/日
	要介護4	8, 800円/日	880円/日	1, 760円/日	2, 640円/日
	要介護5	9, 840円/日	984円/日	1, 968円/日	2, 952円/日

< 利用時間 6時間 ～ 7時間未満 >

	介護度	サービス利用料	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担金 3割
介護 給 付	要介護1	5, 840円/日	584円/日	1, 168円/日	1, 752円/日
	要介護2	6, 890円/日	689円/日	1, 378円/日	2, 067円/日
	要介護3	7, 960円/日	796円/日	1, 592円/日	2, 388円/日
	要介護4	9, 010円/日	901円/日	1, 802円/日	2, 703円/日
	要介護5	10, 080円/日	1, 008円/日	2, 016円/日	3, 024円/日

< 利用時間 7時間 ～ 8時間未満 >

	介護度	サービス利用料	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担金 3割
介護 給付	要介護1	6,580円/日	658円/日	1,316円/日	1,974円/日
	要介護2	7,770円/日	777円/日	1,554円/日	2,331円/日
	要介護3	9,000円/日	900円/日	1,800円/日	2,700円/日
	要介護4	10,230円/日	1,023円/日	2,046円/日	3,069円/日
	要介護5	11,480円/日	1,148円/日	2,296円/日	3,444円/日

< 利用時間 8時間 ～ 9時間未満 >

	介護度	サービス利用料	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担金 3割
介護 給付	要介護1	6,690円/日	669円/日	1,338円/日	2,007円/日
	要介護2	7,910円/日	791円/日	1,582円/日	2,373円/日
	要介護3	9,150円/日	915円/日	1,830円/日	2,745円/日
	要介護4	10,410円/日	1,041円/日	2,082円/日	3,123円/日
	要介護5	11,680円/日	1,168円/日	2,336円/日	3,504円/日

< 加算 ・ 食費 >

	サービス利用料	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担金 3割
入浴介助加算(I)	400円/回	40円/回	80円/回	120円/回
入浴介助加算(II)	550円/回	55円/回	110円/回	165円/回
サービス提供体制 強化加算 I	220円/回	22円/回	44円/回	66円/回
科学的介護推進体制 加算	400円/月	40円/月	80円/月	120円/月
介護職員等処遇改善 加算(III)	介護報酬の9.9% (小数点以下四捨五入)	1割負担/月	2割負担/月	3割負担/月
食 費	500円/回	500円/回		

< 減算 >

- ・当通所介護事業所と同一建物である居住部門に入居中のご利用者につきましては、利用1日につき94単位を所定単位数から減算します。ただし傷病等により一時的に送迎が必要な場合やその他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる場合はこの限りではありません。
- ・当通所介護事業所が送迎を行っていない者(利用者が自ら事業所に通う場合(家族等が送迎を実施する場合も含む))は、片道47単位を所定単位数から減算します。

(4) 利用料金のお支払い方法

毎月中旬までに前月分を請求いたしますので、当月末日までにお支払いください。

お支払い方法は、口座引落または現金支払にてお願いいたします。

9. サービスの利用方法

(1) サービスの開始については、電話等でお気軽にご相談ください。当事業所職員がご説明に伺います。

- ① 要介護認定（要支援認定）を受けておられる方は、居宅サービス計画（ケアプラン）を依頼されている場合、事前に介護支援専門員にご相談ください。計画に沿ってサービスを提供いたします。
- ② 要介護認定（要支援認定）を受けておられる方で、まだ居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）に依頼されていない方は、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）の紹介等必要な支援をおこないます。要介護認定を受けておられない方については、その他必要な支援をおこないます。

(2) 利用の際の留意事項

- ① 入浴サービスを利用する際には健康チェックを受けていただきます。何らかの異常が認められた場合は、中止します。
- ② 機能訓練室を利用する際は、無理な訓練を避け従事者の指示に従って下さい。
- ③ 送迎サービスを利用する際は、従事者の指示に従ってください。
- ④ 当センターを利用する際、故意に施設設備を壊したり汚したりした場合、ご契約者の自己負担により現状に復して頂くか、又は、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ⑤ 当センター内での喫煙は、禁止です。決められた場所で喫煙をお願いします。

(3) 緊急時、事故発生時の対応

- ① 通所介護実施中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じると共に必要な措置をとる又利用者の家族、管理者に連絡を行う。
- ② 事業者は、利用者に対するサービス提供により発生した事故等により利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は、過失によらない場合は、この限りではありません。

(4) サービスの終了

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが以下の場合サービスの終了となります。

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 事業者が解散又は、破産した場合、やむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合、又は、指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から解約又は、契約解除の申し出があった場合

契約の有効期間であってもご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の前までに解約届出書を事業所にご提出下さい。

但し、以下の場合には、即時に契約を解除することが出来ます。

- ・ 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ・ ご契約者が入院された場合
- ・ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ・ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由無く本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ・ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

- ・ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は、過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は、著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ・ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは、傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

⑥ 事業者から契約解除を申し出た場合

以下の場合には本契約を解除させていただくことがあります。

- ・ ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は、不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ・ ご契約者による、利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ・ ご契約者が、故意又は、重大な過失により事業者又は、職員、もしくは、他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけたり、著しい不信行為を行うなどによって本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

10. 秘密の保持

従事者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

従事者であったものに、業務上知り得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守るべき旨を、職員との雇用契約の内容に定めるものとします。

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供いたします。またサービス担当者会議など、ご契約者にかかわる他の介護支援事業者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、ご契約者又はその家族等の、個人情報を用いることが出来るものとします。

11. 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○お客様相談係＜ 苦情受付窓口（担当者）＞

電話 0950-22-2180 主任 平 山 れ つ 子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

○苦情解決責任者 支所長 松 本 真 輔

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

【苦情処理体制・手順】

利用者（苦情） ⇒ 苦情受付担当者 ⇒ 苦情解決責任者へ報告 ⇒ 必要に応じ
第三者委員へ状況を報告 ⇒ 協議 ⇒ 回答

12. 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止責任者 職・氏名 : 職 主任 氏名 百 村 千 穂

(2) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

1 3. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

当事業所における要望・苦情等の申し立ては、下記の窓口で受け付けています。

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所ご利用相談窓口	窓口相談者 主任 平山 れつ子 ご利用時間 8:30～17:30 電話番号 0950-22-2180 担当者が不在の場合は、事業所までお申し出下さい。
第三者委員	山口 龍一郎 船原 正 司 ※連絡先については、本会にお問い合わせください。
平戸市役所 長寿介護課	所在地 平戸市岩の上町1508番地3 電 話 0950-22-4111
長崎県国民健康保険団体連合会	所在地 長崎市今博多町8番地2 電 話 095-826-1599
長崎県運営適正化委員会 (運営適正化委員)	所在地 長崎市茂里町3番24号 電話 095-842-6410

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する相談窓口	窓口相談者 主任 平山 れつ子 ご利用時間 8:30～17:30 電話番号 0950-22-2180
--------------	--

1 4. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、消防計画等により対応いたします。
平常時の訓練	別途に定める、消防計画により、年2回、避難・防災訓練を利用者の方も参加して実施いたします。
防災設備	・自動火災報知機 有 ・誘導灯 有 ・ガス漏れ報知器 有 ・非常警報装置 有 ・非常用電源 有 ・カーテン等は防火性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄
消防計画	消防署への届出日: 平成20年4月1日 防火管理者: 松本 真 輔

保 険 加 入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険 加入保険内容：介護保険・社会福祉事業者総合保険
---------	--

15. 第三者による評価の実施状況

実施の有無 有 ・ ☒ 無

令和 年 月 日

指定通所介護サービス等の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

住 所 長崎県平戸市生月町山田免3011番地

事業所名 平戸市社協通所介護生月事業所

代表者氏名 会 長 宮 本 照 芳

説明者職名

説明者氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービス等の提供開始に同意しました。

利用者住所 _____ 氏 名 _____ 印

代理人住所 _____ 氏 名 _____ 印

続 柄 _____