

# 通所介護事業重要事項説明書

《令和 年 月 日現在》

## 1. 事業の目的

社会福祉法人八頭町社会福祉協議会本所（以下「当事業所」という。）は、介護保険法令に従い事業の円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態にある高齢者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定通所介護を提供することを目的とします。

## 2. 運営方針

通所介護従業者は、利用者等の心身の特性を踏まえて、その能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持または向上を目指し、必要な日常生活上の世話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の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るよう努めます。

事業の実施にあたっては、関係市町村、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ます。

## 3. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 : 0858-72-6125

受付時間 : 8:30～17:30（月曜日～土曜日）

担 当 者 : 通所介護係長

※ご不明な点は、なんでもお尋ね下さい。

## 4. 通所介護事業の概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	社会福祉法人 八頭町社会福祉協議会 本所
所在地	鳥取県八頭郡八頭町宮谷254番地1
介護保険指定番号	通所介護事業（事業所番号 3171200334）
サービスを提供する地域	八頭町

### (2) 事業所の職員体制（別表1）

	職員数	資格	業務内容
管理者	1名		
生活相談員	1名以上		介護職員を兼ねる
看護職員	1名以上	看護師・准看護師	
介護職員	5名以上	介護福祉士・栄養士 実務者研修修了者・介護職員初任者研修課程修了者	
機能訓練指導員	1名以上	作業療法士	

### (3) 事業所の設備の概要

定員	月曜日から土曜日 34名	静養室 (昼等)	1室 33.6㎡
食堂・機能訓練室	2室 201.4㎡	相談室	1室 21.35㎡
浴室	一般浴槽 一式 特殊浴槽 一式	送迎車	中型ワゴン車 1台 リフト付ワゴン車 3台 その他 3台

### (4) 事業所の営業日及びサービス提供時間

- ① 営業日 月曜日～土曜日
- ② 休業日 年末年始 (12月30日～1月3日)
- ③ 営業時間 午前8時30分～午後5時30分
- ④ サービス提供時間 (月～土曜日) 午前9時00分～午後4時00分

## 5. サービス内容

- ① 送迎 障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者に対して、必要なサービス・介助を行います。
- ② 食事 給食を希望する利用者に対し、必要な食事の提供・介助を行います。
- ③ 入浴 家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービス・介助を行います。
- ④ 機能訓練 家庭での日常生活に必要な基礎的な動作の訓練および機能低下を防ぐため必要な訓練を行います。
- ⑤ 生活相談 利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

## 6. 利用料金

### (1) 基本料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合、基本料金は(別表2)のとおりです。

「利用者負担額」は、原則として「介護保険負担割合証」に記載のとおり割合の金額となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額個人負担となります。

- ① 食費  
デイサービスの食費として、1食あたり650円を全額自己負担して頂きます。
- ② その他  
上記のほか、おむつ代やレクリエーション等にかかる費用は実費を負担して頂きます。

### (2) 交通費

当事業所のサービスを提供する方は無料です。

### (3) キャンセル料

急なサービス利用キャンセルの場合は、下表の料金を頂きます。ただし、利用者の体調不良等、正当な理由のある場合にはこの限りではありません。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

ご利用の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用の当日午前8時30分以降にご連絡いただいた場合	当該利用料金の30%
ご利用の当日にキャンセルのご連絡がなかった場合	当該利用料金の50%

#### (4) 支払方法

毎月15日までに前月分の利用料の請求を致しますので、毎月20日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。  
お支払いは原則として、口座引落しの利用をお願いします。ただし、口座引落としによる支払いが困難な場合は相談に応じます。なお、口座引落としの手数料は事業所負担といたします。

### 7. サービスの利用方法

#### (1) サービスの利用開始

通所介護担当職員が訪問し、通所介護計画を作成します。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービス提供を開始します。居宅サービス計画作成依頼を行っている場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。

#### (2) サービスの終了

##### ① 利用者の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週間前までにお申し出ください。

##### ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等の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あります。その場合は終了1ヶ月前までに通知します。

##### ③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- 利用者が介護保険施設に入所した場合（但し冬季入所等一時的な入所は除きます。）
- 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。
- 利用者が死亡した場合

##### 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、利用者やその家族などに対して社会理念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業所が倒産した場合、破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合、利用者には文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することが出来ます。
- 利用者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように勧告したにもかかわらず20日以内に支払わない場合、利用者が入院もしくは病気等により3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合は、文書で通告することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。
- 利用者やそのご家族などが当事業所のサービス従事者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合や、下記のような行為がみられハラスメントに該当するとみなされる場合、即座にサービスを中止させていただくとともに利用者の担当介護支援専門員等へ状況を報告させていただく場合があります。

##### (ア) 暴力又は乱暴な言動、無理な要求

- ・物を投げつける
- ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
- ・怒鳴る、奇声、大声を発する
- ・対象範囲外のサービスの強要

- (イ) セクシュアルハラスメント
  - ・介護従事者の体を触る、手を握る
  - ・腕を引っ張り抱きしめる
  - ・ヌード写真を見せる
  - ・性的な話し卑猥な言動をする など
- (ウ) その他
  - ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く
  - ・ストーカー行為 など

## 8. サービス利用にあたっての留意事項

### (1) 送迎時間

送迎時刻は初回利用日前に連絡します。以降、変更があるときはその都度連絡します。

### (2) 体調確認

医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を確認し、心身の状況に応じたサービスを行います。ご家庭で状態変化が見られた場合はご連絡をお願いします。

### (3) 体調不良等によるサービスの中止・変更

風邪症状のある時や体調不良の際はサービスの提供をお断りする場合があります。また、当日の健康チェックの結果、体調が悪いと判断した場合、サービスの内容の変更又は中止することがあります。その場合はご家族に連絡のうえ、適切に対応します。また、必要に応じて速やかにかかりつけの医師又は歯科医師に連絡をとる等、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。

### (4) 時間変更

サービス時間の延長等を希望される場合は、国の定める所定の時間の利用料金をお支払いいただきます。

### (5) オムツ等の利用

必要なオムツ等をご持参ください。足りない場合はこちらで支給しますが、実費を徴収させていただきます。

### (6) その他

送迎中は通院・買い物等利用者個人の都合での途中下車および乗車は出来ません。また、来所後のサービス利用時間中の外出は、利用者の安全確保の観点により、出来かねますのでご了承ください。

なお、体調不良・その他緊急な事態が発生した場合は職員にお申し出ください。

## 9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	医療機関	
	主治医	
	連絡先	☎
ご家族	氏名	
	連絡先	☎
	氏名	
	連絡先	☎

## 10. 事故発生時の対応

サービスの実施に伴い、事故が発生した場合には速やかに事業所、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

### 11. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害・地震等に対処する計画を作成し、防災管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年1回以上定期的に避難・救出・その他必要な訓練を行います。

非常災害対策訓練は、可能な限り消防団や地域住民と連携して行います。

### 12. 秘密保持・個人情報の保護

- ① 従業員は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- ② 従業員でなくなった後においても、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- ③ 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報について、介護サービス提供以外の目的では原則的に使用いたしません。業務の必要性に応じた外部への情報提供については、利用者またはその家族の同意を得て行うものとします。

### 13. 虐待防止対策

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④ 虐待防止に関する担当者を選定します。

担当者：通所介護係長

### 14. 身体拘束の禁止について

- ① 事業者は、サービスの提供に当たり、利用者または他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。
- ② 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、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その他必要な事項を記録します。
- ③ 事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
  - (ア) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
  - (イ) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
  - (ウ) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的開催します。

## 15. 衛生管理等

事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討するための委員会を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

## 16. 業務継続計画の策定等

- ① 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務最優を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じます。
- ② 事業者は従業者に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- ③ 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 17. サービス内容に関する相談・苦情

- ① 当事業所相談・苦情担当  
担当者：通所介護係長  
電話：0858-72-6125

- ② その他  
当該以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

八頭町役場 郡家保健センター	所在地 八頭郡八頭町宮谷254番地1 電話番号 0858-72-3566 FAX 0858-72-3565
鳥取県 国民健康保険団体連合会	所在地 鳥取市立川町6丁目176 電話番号 0857-20-3681 FAX 0857-29-6115
鳥取県社会福祉協議会	所在地 鳥取市伏野1729-5 電話番号 0857-59-6335 FAX 0857-59-6345

## 18. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無	なし	直近の実施年月日	なし
評価機関の名称		評価結果の開示状況	

## 19. 当法人の概要

所在地 鳥取県八頭郡八頭町宮谷254番地1  
名称・法人種別 社会福祉法人 八頭町社会福祉協議会  
代表者役職・氏名 会長 小谷 知 載

### (支所名)

- 本 所 鳥取県八頭郡八頭町宮谷254番地1
- 船岡支所 鳥取県八頭郡八頭町船岡殿159番地
- 八東支所 鳥取県八頭郡八頭町東593番地1

### (事 業)

- (1) 訪問介護事業
- (2) 通所介護事業
- (3) 居宅介護支援事業
- (4) 介護予防・日常生活支援総合事業第1合訪問事業
- (5) 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業
- (6) 障害福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護）事業
- (7) その他これに付随する事業

(別表1)

	常 勤	非常勤	資 格	業 務 内 容
管 理 者	1名			
生活相談員	4名			介護職員を兼ねる
看 護 職 員	2名	1名	看護・准看護師	
介 護 職 員	5名	5名	介護福祉士・栄養士・ 初任者研修修了者	
機能訓練指導員	1名	0名	作業療法士	

(別表2)

《提供するサービスの利用料、利用者負担額(介護保険を利用する場合)について》

サービス提供時間	要介護区分	基本料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
3時間以上4時間 未満	要介護1	3,700円	370円	740円	1,110円
	要介護2	4,230円	423円	846円	1,269円
	要介護3	4,790円	479円	958円	1,437円
	要介護4	5,330円	533円	1,066円	1,599円
	要介護5	5,880円	588円	1,176円	1,764円
4時間以上5時間 未満	要介護1	3,880円	388円	776円	1,164円
	要介護2	4,440円	444円	888円	2,664円
	要介護3	5,020円	502円	1,004円	1,506円
	要介護4	5,600円	560円	1,120円	1,680円
	要介護5	6,170円	617円	1,234円	1,851円
5時間以上6時間 未満	要介護1	5,700円	570円	1,140円	1,710円
	要介護2	6,730円	673円	1,346円	2,019円
	要介護3	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護4	8,800円	880円	1,760円	2,640円
	要介護5	9,840円	984円	1,968円	2,952円
6時間以上7時間 未満	要介護1	5,840円	584円	1,168円	1,752円
	要介護2	6,890円	689円	1,378円	2,067円
	要介護3	7,960円	796円	1,592円	2,388円
	要介護4	9,010円	901円	1,802円	2,703円
	要介護5	10,080円	1,008円	2,016円	3,024円
7時間以上8時間 未満	要介護1	6,580円	658円	1,316円	1,974円
	要介護2	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護3	9,000円	900円	1,800円	2,700円
	要介護4	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
	要介護5	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

※感染症の発生や災害の影響により、延利用者数の減が生じた月の実績が前年度の延平均利用者数から5%以上減少した場合、3か月間を目安に基本報酬の3%の加算を行う。



加算	基本料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
入浴介助加算 (Ⅰ)	400円	40円	80円	120円
入浴介助加算 (Ⅱ)	550円	55円	110円	165円
個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ	560円	56円	112円	168円
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	200円	20円	40円	60円
中重度者ケア体制加算	450円	45円	90円	135円
口腔・栄養スクリーニング加算	200円	20円	40円	60円
認知症加算	600円	60円	120円	180円
若年性認知症利用者受入加算	600円	60円	120円	180円
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	220円	22円	44円	66円
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	180円	18円	36円	54円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	60円	6円	12円	18円
科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円
ADL維持等加算 (Ⅰ)	300円	30円	60円	90円
ADL維持等加算 (Ⅱ)	600円	60円	90円	180円
介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)	合計金額×6.4%			

※食費、オムツ代、レクリエーション等にかかる費用は利用者負担となります。

令和 年 月 日

通所介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

**【事業者】**

住 所 鳥取県八頭郡八頭町宮谷 2 5 4 番地 1

事業者名 社会福祉法人 八頭町社会福祉協議会 本所

事業者代表 事務局長 平 木 ひ ろ み 印

説明者氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から通所介護サービスについての重要事項の説明を受け、確認、了承しました。

**【利用者】**

住 所

氏 名

**【代理人または代筆者】**

住 所

氏 名

(続柄)

(代筆理由)