「指定通所介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

当事業所は、ご利用者に対して指定通所介護サービスを提供します。

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次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

通所介護　重要事項説明書

１．事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な通所介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

２．事業者の内容

(1)　法人名　　社会福祉法人　古殿町社会福祉協議会
(2)　法人所在地　　福島県石川郡古殿町大字松川字横川９９番地１
(3)　電話番号　　０２４７-５３-４３９４
(4)　代表者氏名　　会長　　岡部　光徳
(5)　設立年月日　　昭和５８年３月２４日

３．事業所の概要

(1)　事業所名　　古殿町介護事業所「コスモス荘」
(2)　事業所の種類　　指定通所介護事業所（平成１２年４月１日指定）
(3)　指定番号　　福島県第０７７３０００１７９号
(4)　所在地　　福島県石川郡古殿町大字松川字横川９９番地１
(5)　管理者の氏名　　渡邉　家伸
(6)　電話番号　　０２４７-５３-４３９４
(7)　ＦＡＸ番号　　０２４７-５３-４８６０
(8)　サービスを提供する地域　古殿町内全域

４．事業所の職員体制（令和８年４月１日現在）

	職務の内容	常勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	1		1
生活相談員	生活相談及び指導	3		3
介護職員	介護業務	5	9	１４
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	2	1	3
機能訓練指導員	身体機能の向上･健康維持のための指導	1	1	2
栄養士		1		1
調理師			2	2

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。また、職種については兼務を含みます。

５．設備の概要

○食堂　　１室

利用者の全員が使用できる充分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

○機能訓練室　　１室

利用者が使用できる充分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

○その他の設備

設備としてその他に、浴室・静養室・談話スペース、サービスステーション等を設けます。

６．定員及び営業時間帯

営業日	月曜日～土曜日。ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日のうち春分の日、秋分の日、敬老の日及び８月１４日～８月１６日まで、並びに１２月３０日～１月４日までを除く。
定員	４５名
営業時間	８時～１８時
サービス提供時間	９時２０分～１５時４０分

７．サービスの内容（介護保険の給付の対象となるサービス）

⑴　送迎（サービスを提供する地域内からの送迎）

①　送迎車により、事業所と自宅との間の送迎を行います。

②　通常の営業時間の利用の方を送迎します。

⑵　食事

①　食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、食事の介助を行います。また、嚥下困難者対応の刻み食、流動食等の提供を行います。

②　栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

⑶　入浴

入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。身体状況により、機械浴・個浴を利用して入浴することができます。

⑷　機能訓練

機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員が共同して個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。

⑸　生活相談

事業所の職員はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。

⑹　排泄

随時、利用者の排泄の介助、おむつ交換を行います。

８．利用料金

利用者負担金は、所得に応じて１割、２割、３割負担になります。通所介護の利用者負担金は、基本料金と加算料金等の合計の額となります。

⑴　基本料金（１日当たり）

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担金（１割）	利用者負担金（２割）	利用者負担金（３割）
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

（注１）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

⑵　加算料金等（１日当たり）

加算の種類	基本利用料	加算額		
		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	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
認知症加算	６００円	６０円	１２０円	１８０円
中重度者ケア体制加算	４５０円	４５円	９０円	１３５円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	２２０円	２２円	４４円	６６円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ）	別加算率（11.1%）	（１割）	（２割）	（３割）
個別機能訓練加算（Ⅱ）	２００円	２０円	４０円	６０円
科学的介護推進体制加算	４００円	４０円	８０円	１２０円

９．介護保険の給付の対象とならないサービス

⑴　食事の提供に要する費用・・・・・１回あたり６００円

⑵　レクリエーション・クラブ活動（利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加する場合など）・・・・・材料代等の実費相当額

⑶　コピー代・・・・・１枚につき１０円

⑷　サービス提供時間を超えてのサービス・・・・・

１時間未満５００円、１時間以上３０分増すごとに２５０円の利用料

※ 手帳（ファイル）の紛失に関して

・手帳を紛失した場合、１日ごとの利用表でのお渡しとなる場合があります。または、類似した物を利用者（ご家族）様で準備して頂く場合があります。

１０．サービスの中止、変更、追加

(1) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

(2) 利用予定日の朝８時までに申し出が無く、送迎に伺ってから利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料として、下記の料金をお支払いして頂きます。ただし、利用者の明らかな体調不良、急変、医療機関の受診が必要と判断された場合は、この限りではありません。

状　　況	キャンセル料
当日の朝８時までに連絡があった場合	無し
職員が利用者様宅に迎えに行ってキャンセルとなった場合	１日分の自己負担相当額（１割～３割）
来荘後の体調確認で利用が困難となった場合	１日分の自己負担相当額（１割～３割） ＋　食事代６００円
入浴を行ってから体調不良等により退所となった場合	サービス提供時間に対する自己負担額 ＋　食事代６００円

○ キャンセルの連絡は、直接デイサービス事業所にお願い致します。

○ デイサービス事業所に連絡がなく職員が利用者様宅に迎えに行った場合は、キャンセル料が発生します。

デイサービス連絡先　　電話　　０２４７－５３－４３９４

(3) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

１１．利用料金のお支払方法

利用料金は、１ヶ月ごとに計算し、翌月の１５日までにご請求いたしますので、請求された月の２５日までに、次のいずれかの方法でお支払いをお願いします。

(1) 利用者又はご家族の銀行口座からの自動引き落とし

利用できる金融機関	大東銀行古殿支店、須賀川信用金庫古殿支店、 夢みなみ農業協同組合古殿支店、郵便局

(2) 施設窓口に現金でお支払い

１２．サービス利用に当たっての留意事項

① 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。

② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。

③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。

④ 職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

１３.ハラスメントに関する対策

事業所は、利用者に安心して介護サービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保することを大切にしています。そのため利用者またはその家族、その他の関係者からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害する恐れのある行為については、ハラスメント行為とみなし、サービス利用停止などを含めた対応をとる場合があります。また、ハラスメント防止のための取り組みとして、指針作成、関係機関との連携、研修の実施などを行います。

１４．非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関 と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ BCP（事業継続計画)、防災計画を作成し ます。防災計画に基づき、年２回以上の消火、避難その他訓練等（利用者及び職員が参加）を 実施します。

１５．緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかにご家族や主治医への連絡等必要な措置を講じます。

１６．事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。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。

１７．守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

１８．利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

１９．身体拘束の適正化

利用者の身体拘束の適正化のために身体拘束適正化委員会を設置し、担当者を配置し定期的 に

開催し、その結果について職員への周知のほか、指針の整備、研修を実施します。

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、下記の通り、 緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な 説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況ならびに 緊急やむを得ない理由について記録します。

(1) 緊急性：直ちに身体拘束を行なわなければ、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ 事が考えられる場合

(2) 非代理性：身体拘束以外に、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事を防止する事 ができない場合

(3) 一時性：利用者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解く

２０．高齢者虐待防止に関する対策

人権の擁護・虐待の発生、その再発を防止するために高齢者虐待防止委員会を設置し、その結果について職員へ周知します。ほか、指針の整備、研修を実施します。 サービス提供中に、該当事業所職員又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者） 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します。

２１．感染症の予防及びまん延防止のための対策

事業所内の衛生管理、介護ケアにかかる感染対策を行ない、感染症の予防に努めます。感染症 の発生、その再発を防止するために感染症対策委員会を設置し、その結果について職員へ周知します。ほか、指針の整備、研修及び訓練を実施します。

また、新たな感染症発生時に対しては、BCP（業務継続計画）に基づいて対応します。

２２．苦情相談窓口等

(1) 当事業所におけるサービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室窓口担当者	福祉活動専門員：穂積智美、通所介護事業所係長：生田目享子
ご利用時間	月～土曜日　８時３０分～１７時
ご利用方法	電話　０２４７-５３－４３９４

(2) 公的機関等においても、次の機関において苦情申し出ができます。

古殿町役場健康福祉課 介護保険係	所在地	古殿町大字松川字新桑原３１
	電話番号	０２４７-５３－４６１６
	ＦＡＸ番号	０２４７-５３－３１５４
	受付時間等	８時３０分～１７時（土日、祝日を除く）
福島県国民健康保険団体連合会	所在地	福島市中町３番７号　福島県国保会館
	電話番号	０２４-５２３-２７００
	ＦＡＸ番号	０２４-５２４-１０４１
	受付時間等	８時３０分～１７時（土日、祝日を除く）
福島県社会福祉協議会	所在地	福島市渡利字七社宮１１１

	電話番号	０２４-５２３-２９４３
	ＦＡＸ番号	０２４-５２３-４４７７
	受付時間等	８時３０分～１７時（土日、祝日を除く）

(3)　苦情処理第三者委員及び苦情解決責任者

※ 苦情処理第三者委員（公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。）

氏名　　佐川重俊　ＴＥＬ　０２４７-５３-３４２３

氏名　　矢内源一　ＴＥＬ　０２４７-５３-４１９３

※苦情解決責任者

氏名　　渡邉家伸　ＴＥＬ　０２４７-５３-４３９４

２３．提供するサービスの第三者評価の実施の有無

無し

２４．損害賠償について

当事業所において、本契約に基づくサービスの実施に伴い、自己の責任に帰すべき事由により利用者に生じた損害につて賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様とします。

事業所は、民間企業の提供する損害賠償責任保険に加入しております。上記の賠償に相当する可能性がある場合は、利用者又はご家族の方に当該保険の調査手続きに協力いただく場合があります。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和　年　　月　　日

指定通所介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

事業者

所在地　　福島県石川郡古殿町大字松川字横川９９番地１

事業所名　　古殿町介護事業所「コスモス荘」

（福島県第０７７３０００１７９号））

管理者名　　渡邉　家伸

説明者

令和　　年　　月　　日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

※令和３年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字、ゴム印又は代筆）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

利用者

住所

氏名　　印

利用者代理人

住所

氏名　　印　（利用者との関係　　）

連帯保証人

住所

氏名　　印　（利用者との関係　　）