

第1号通所事業（通所介護相当サービス）重要事項説明書

<令和 7年 7月 1日現在>

1 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 鳥取市社会福祉協議会
代表者名	会 長 林 由紀子
所在地・連絡先	住所：鳥取市富安二丁目 104-2 電話：(0857) 30-6300 FAX：(0857) 30-6361

2 事業の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	鳥取市社会福祉協議会 青谷事業所 しいの実
所在地・連絡先	住所：鳥取市青谷町露谷 53-5 電話：(0857) 85-0220 FAX：(0857) 85-0079
事業所番号	3170101954
管理者の氏名	竹森 晴久

(2) 事業所の職員体制

職 種	業 務 内 容	人 員
管 理 者	当事業所の従事者の管理および業務の管理を一元的に行います。	1名
生活相談員	ご利用者の各種相談窓口となり、助言・情報提供並びに必要なに応じ関係機関との連絡調整を行います。	1名以上
看護職員	ご利用者の健康状態の確認を行い、適正な通所介護サービスを提供します。	1名以上 (機能訓練指導員と兼務)
介護職員	ご利用者に適正な通所介護サービスを提供します。	1名以上(15名の場合) ※15名を超える場合にあつては、15名を超える部分の数を5で除して得た数に1を加えた数以上を確保
機能訓練指導員	介護支援計画にそつて各種機能向上計画を作成し、ご利用者の家庭での日常生活に必要な基礎的な訓練および機能低下を防ぐための必要なサービスを行います。	1名以上 (看護職員と兼務)

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	旧青谷町、旧気高町、旧鹿野町の区域
---------	-------------------

(4) 営業日

営業日	水曜日・金曜日 但し12月31日から1月3日を除く。
営業時間	午前8時30分～午後5時15分

※その他 営業日及び営業時間以外の業務については相談に応じるものとする。

3 利用定員

定員数	15名
-----	-----

4 事業の目的及び運営方針

目的	事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、要介護者等に対し、事業所に在籍する職員が、日常生活の世話又は支援、機能訓練等を提供する。
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 1) 事業の実施に当たっては、要介護者等となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話又は支援、機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。また、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。 2) 事業の実施に当たっては、要介護者等となることの予防又はその状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うとともに、地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、他の介護予防サービス事業者、その他の保健・医療・福祉サービスを提供する者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者等と密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 3) 事業の実施に当たっては、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図る。 4) 事業所は、利用者の人権擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の処置を講ずる。 5) 通所介護等の提供に当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努める。

5 サービス内容

種類	内容
食 事	(食事時間) 11:30~13:00 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。食事サービスの利用は任意です。
入 浴	入浴又は清拭を行います。寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。

6 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合の利用料の額は、料金表に記載している各利用者負担割合に応じた金額となります。

【料金表】

第1号通所事業（通所介護相当サービス）				
区分	自己負担額			備考
	1割	2割	3割	
事業対象者・要支援1 （週1回程度）	436円/回	872円/回	1,308円/回	1月の中で全部で4回まで （1回につき）
	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月	1月で5回以上の場合 （1月につき）
要支援2 （週1回程度）	436円/回	872円/回	1,308円/回	1月の中で全部で4回まで （1回につき）
	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月	1月で5回以上の場合 （1月につき）
要支援2 （週2回程度）	447円/回	894円/回	1,341円/回	1月の中で全部で8回まで （1回につき）
	3,621円/月	7,242円/月	10,863円/月	1月で9回以上の場合 （1月につき）
生活機能向上連携（Ⅰ）	100円/月	200円/月	300円/月	第1号通所事業（通所介護相当サービス）計画書にそってサービスを利用した場合に加算します。
生活機能向上連携（Ⅱ）	200円/月	400円/月	600円/月	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150円/月	300円/月	450円/月	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160円/月	320円/月	480円/月	
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）				事業対象者・要支援1（週1回程度） 要支援2（週1回程度） 要支援2（週2回程度）
①介護福祉士70%以上配置	88円/月	176円/月	264円/月	
②勤続10年以上介護福祉士25%以上配置	88円/月 176円/月	176円/月 352円/月	264円/月 528円/月	
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）				事業対象者・要支援1（週1回程度） 要支援2（週1回程度） 要支援2（週2回程度）
・介護福祉士50%以上配置	72円/月	144円/月	216円/月	
	72円/月 144円/月	144円/月 288円/月	216円/月 432円/月	
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）				事業対象者・要支援1（週1回程度） 要支援2（週1回程度） 要支援2（週2回程度）
①介護福祉士40%以上配置	24円/月	48円/月	72円/月	
②勤続7年以上30%以上配置	24円/月 48円/月	48円/月 96円/月	72円/月 144円/月	
事業所評価加算	120円/月	240円/月	360円/月	要支援度の改善が評価された場合
介護職員等処遇改善加算	1ヶ月のサービス利用料金の合計額 （加算・減算を含む）×加算率 ×（1割または2割または3割）			介護職員等の処遇を改善する為に賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算

（注）介護保険報酬改訂等により変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

（2）食費

ご契約者に提供するおやつ代にかかる費用相当です。

料金：1回あたり 150円

(3) キャンセル料

ご利用者の都合によりサービスを中止する場合は、キャンセル料をいただきます。ただし、ご利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。また、管理者が認めた場合は、料金を減額又は免除することができます。

(4) 利用料等のお支払方法

利用料（自己負担金）の支払い方法は、契約時にご利用者が指定された金融口座から、毎月20日（銀行法第15条1項に規程する休日のときは翌日）に、前月のサービス利用料金を自動引落とします。

（注）① 請求書の明細がついていますので、必ず内容を確認してください。

② お支払いをいただきましたら領収書を発行しますので、大切に保管してください。

7 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者及びその家族は指定通所介護・第1号通所事業の提供を受ける際には、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等を事業所の従業者に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意するものとする。
- (2) 利用者は、事業所の従業者の指導により居宅生活の継続維持に努め、事業所においてサービスを利用する時は他の利用者との共同利用の秩序を保ち、相互の親睦に努めるものとする。
- (3) 利用者は、事業所においてサービスを利用するときは、共同利用スペースの清潔、整頓、その他環境衛生に協力するものとする。
- (4) 利用者は、サービス利用を新たに追加、変更又は中止する場合は、サービス利用予定日の前日までに事業所に申し込むものとする。
- (5) 利用者は、事業所において定められた禁止行為について遵守するものとする。

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

- (1) 当事業所のサービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

鳥取市社会福祉協議会 青谷事業所 しいの実	所在地 鳥取県鳥取市青谷町露谷53-5 連絡先 電話：(0857) 85-0220 FAX：(0857) 85-0079 管理者 竹森 晴久 対応時間 (平日)午前8時30分～午後5時15分
鳥取市社会福祉協議会 (さざんか会館内)	所在地 鳥取県鳥取市富安二丁目104-2 連絡先 電話：(0857) 30-6300 FAX：(0857) 30-6361 事務局長 田中 節哉 対応時間 (平日)午前8時30分～午後5時15分

- (2) 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。

鳥取市福祉部 長寿社会課介護保険係	所在地 鳥取県鳥取市幸町71番地 連絡先 電話：(0857) 30-8212 FAX：(0857) 20-3906 対応時間 (平日)午前8時30分～午後5時15分
鳥取県国民健康保険団体連合会	所在地 鳥取県鳥取市立川町六丁目176番地(鳥取県東部総合事務所5階) 連絡先 電話：(0857) 20-3681 FAX：(0857) 29-6115 対応時間 (平日)午前8時30分～午後5時00分
福祉サービス運営適正化委員会	所在地 鳥取県鳥取市伏野1729-5(鳥取県立福祉人材センター内) 連絡先 電話：(0857) 59-6335 FAX：(0857) 59-6345 対応時間 (平日)午前9時00分～午後5時00分

9 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業所等に連絡します。

医療機関等	医療機関名 (主治医)
	連絡先 (TEL)
緊急連絡先	氏名 (続柄)
	連絡先 (TEL)
	氏名 (続柄)
	連絡先 (TEL)
当事業所	連絡先 (電話番号) 0857-85-0220 対応可能時間 水曜日・金曜日 午前8時30分から午後5時15分まで

10 非常災害対策

- (1) 災害時にあつては、事業所の消防計画などに沿って対応します。
- (2) 人命第一に対策をとり、電話など通信手段が確保されていれば利用者の緊急連絡先へ連絡します。
- (3) 通所介護・第1号通所事業(通所介護相当サービス)では、消防法で定められた設備の設置と避難訓練を行い、災害時の速やかな避難誘導に努めます。また訓練の実施において地域住人の参加が得られるように努めていきます。

11 業務継続に向けた取り組み

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から業務継続に向けた計画等(BCP)の策定、研修の実施、訓練の実施等を行っていきます。

12 感染症対策への強化

委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練の実施等の感染症発生及びまん延等に関する取り組みを講じていきます。

13 高齢者虐待防止の推進

利用者の人権擁護、虐待の防止の観点から虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施及び担当者の選任を行います。

総合福祉センター内 虐待防止担当	所在地 鳥取県鳥取市青谷町露谷53-5 連絡先 電話：(0857) 85-0220 FAX：(0857) 85-0079 所長 竹森 晴久 対応時間 (平日)午前8時30分～午後5時15分
虐待防止責任者	所在地 鳥取県鳥取市富安二丁目104-2 連絡先 電話：(0857) 30-6300 FAX：(0857) 30-6361 事務局次長 前田 由美子 対応時間 (平日)午前8時30分～午後5時15分

1 4 身体拘束等の適正化

委員会の定期開催及び結果についての従業員への周知徹底、指針の整備、研修実施を行っていきま
す。

1 5 利用者へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

1 6 第三者評価

サービスの第三者評価の実施状況（実施の有・**無**）

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、第1号通所事業（通所介護相当サービス）の重要事項の
説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	鳥取市青谷町露谷 53-5
	事業者	鳥取市社会福祉協議会青谷事業所 しいの実
	(事業所番号)	3170101954
説明者	代表者名	会 長 林 由紀子 (公印省略)
	職 名	
	氏 名	

私は、重要事項説明書に基づいて、第1号通所事業（通所介護相当サービス）の重要事項の説明を
受け同意しました。

令和 年 月 日

利用者 氏 名 _____ 印
(自署の場合は押印不要)

代筆の場合の代筆者氏名
氏 名 _____
(続柄 _____)

代筆理由 手の震え 視覚障害 肢体不自由・欠損
脊髄損傷 その他 (_____)

代理人 氏 名 _____ 印
(自署の場合は押印不要)