

「指定通所介護」重要事項説明書

《令和 年 月 日現在》

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(沖縄県指定 第 4774800017 号)

あなたが利用しようと考えている通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。

引き続き実際に契約をむすぶときには、本書の内容の説明を受けたことを証するため、本書最終面に記名押印をお願いします。

※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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況・通所介護内容	2
5. 当事業所の利用料金について	3
6. サービスの利用方法等について	4
7. 緊急時・事故発生の対応について	5
8. 利用の中止、変更、追加	5
9. 秘密保持について	5
10. その他について	6
11. 苦情申立先	6

1. 事業

- | | |
|-----------|------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 大立福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 沖縄県宮古島市下地字嘉手苅 660-2 番地 |
| (3) 電話番号 | 0980-76-3330 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 下地 晃 |
| (5) 設立年月 | 平成 7 年 7 月 1 |

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定通所介護事業所・平成12年3月27日指定

※当事業所は介護老人福祉施設しもじ長生園に併設されています。

(2) 事業所の目的

利用者が要介護状態となった場合において、入浴、個別機能訓練、食事サービス等を提供することにより、利用者の心身機能を図り、介護している家族の負担軽減を図ります。

(3) 事業所の名称 長生園指定通所介護事業所

(4) 事業所の所在地 沖縄県宮古島市下地字嘉手苅 660-2 番地

(5) 電話番号 0980-76-3330

(6) 事業所長（管理者）氏名 崎原 康博

(7) 当事業所の運営方針

要介護状態等の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り居宅において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孤立感の解消および心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の清和及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

(8) 開設年月日 平成12年4月1日

(9) 利用定員 35人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 宮古島市（平良、下地、城辺、上野）

※但し、狩俣地区、島尻地区、伊良部島等は、交通費を別途負担します。（5 当事業所の利用料金を参照してください。）

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 (但し、年末年始 12/31～1/3・旧 16 日祭) 除く	
営業時間	月～土	8時30分～17時30分
サービス提供時間	月～土	9時30分～15時45分

※自然災害（台風・地震等）の場合は、当事業所から午前8時00分までに営業のお知らせの連絡が行います。

4. 職員の配置状況・通所介護内容

(1) 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。

職種	職員数（換算）	勤務形態	勤務時間
生活相談員	3 名	常勤 1 名 兼任 3 名	8：30～ 17：30
看護師	3 名（1.3）	常勤 1 名 兼任 2 名 非勤 2 名	
介護職員	7 名（3.0）	常勤 3 名 兼任 3 名 非勤 4 名	
機能訓練員	2 名（0.8）	兼任 2 名	

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職名	職務内容
生活相談員	利用申込みの調整・サービス実施状況の把握・送迎介助・生活一般
看護職員	バイタル（血圧・体温・脈拍・SPO2）チェック・内服管理・応急手当 サービスの提供（入浴介助、移動介助、排泄介助、衣服着脱介助 入浴介助）
介護職員	サービスの提供（入浴介助、移動介助、排泄介助、衣服着脱介助 入浴介助）
機能訓練員	身体の機能訓練

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、
1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

5 事業所の利用料金について

(1) 利用料金

・要介護認定を受けている方の場合

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。また、保険外給付サービスを利用された場合は、保険外給付サービス利用料がかかります。

・要介護認定を受けていない場合

サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。また、保険外給付サービスを利用された場合は、保険外給付サービス利用料がかかります。

(2) 利用料 通所介護基本料金（通常規模型通所介護費）【単位：円】

介護度	要介護 1		要介護 2		要介護 3		要介護 4		要介護 5	
利用者負担割 利用時間	1 割 負担	2 割 負担	1 割 負担	2 割 負担	1 割 負担	2 割 負担	1 割 負担	2 割 負担	1 割 負担	2 割 負担
3 時間以上 4 時間	370	740	423	846	479	958	533	1066	588	1176
4 時間以上 5 時間	388	776	444	888	502	1004	560	1120	617	1234
5 時間以上 6 時間	570	1140	673	1346	777	1554	880	1760	984	1968
6 時間以上 7 時間	584	1168	689	1378	796	1592	901	1802	1008	2016
7 時間以上 8 時間	658	1316	777	1554	900	1800	1023	2046	1148	2296

通所介護加算料金

利用者負担割	1 割負担	2 割負担
入浴介助加算／回	40 円	80 円
個別機能訓練加算／回	0 円	0 円
サービス提供体制強化加算	18 円	36 円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	8.0%	8.0%

※要介護ランクに関係なく、加算料金は一律です

*サービス提供体制

- ・3 年以上の職員が 30%以上いる場合に実地する加算です

*介護職員等処遇改善加算Ⅱ

- ・介護職員等の資質向上や雇用管理の改善を実施する為の加算です

保険外給付サービスの料金

項目	利用料
食事費	400 円
実施地域を超えて 要した交通費	狩俣地区、島尻地区、伊良部島 往復 400 円

(3) 利用料金の請求・お支払い方法

請求	① 利用料その他の費用は、日ごとに請求する方法、月ごとに請求する方法があります。日ごとに請求する場合は、請求書は発行しません。仮の領収書を発行します。月ごとに請求書する場合は、利用月の翌月の15日までに利用者様かご家族にお届けします。
お支払いについて	<p>居宅事業所からあらかじめ交付されているサービス利用票（第7表）と請求書を照合のうえ、請求月の15日まで下記のいずれかの方法でお支払いください。</p> <p>口座振替の場合は請求書に記入させていただきます。</p> <p>現金支払い</p> <p>口座振替（指定金融機関・琉球銀行 沖縄銀行 沖縄海邦銀行 JA 沖縄 沖縄県労働金庫 コザ信用金庫 ゆうちょ銀行）</p> <p>②お支払いを確認しましたら領収書を発行いたしますので、大切に保管してください。</p> <p>お支払いが3か月以上遅延し、料金の支払うように催告したにも係わらず、お支払いいただけない場合には、契約を解約させていただいたうえで未納分をお支払いいただくことになります。</p>

※利用開始時の重要事項説明書の説明際に支払い方法については、ご相談します。

※貴方様の利用料金についての詳細は、7ページに記載されていますので、ご確認ください。

6 サービスの利用方法等について

(1) 利用申し込み

①当事業所に電話または、来所の上お申し込みください。

②居宅介護支援事業所に居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員（ケアマネジャー）にご相談ください。

※本書によりサービス提供に関する重要事項をご説明し、利用者様の同意を得たうえで契約を締結します。

(2) サービスの終了

①次の場合は、双方（当事業所と利用者様）の通知がなくとも自動的に利用終了となります。

ア、利用者様が介護保険施設に入所された場合

イ、利用者様の要介護区分が「非該当（自立）」となった場合

ウ、利用者様が亡くなられた場合

②その他

ア、当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、貴方様の個人情報をみだりに漏洩した場合、利用者様やご家族に対し社会通念を逸脱する行為をおこなった場合、当事業所が破産した場合など、貴方様は、口頭での解約あるいは文書での解約が即座にサービスを終了できます。

イ、サービス料金のお支払いが、3か月以上遅延し利用料金を支払うように勧告したにも係わらず7日以内にお支払いいただけない場合、当事業所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させていただく場合があります。

ウ、貴方様やご家族が、当事業所やその従業員に対して契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合には、当事業所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させていただく場合があります。

7 緊急時・事故発生への対応について

(1) 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の急変等が発生した場合は、事前の打ち合わせにより利用者様の主治医、ご家族、介護支援専門員（ケアマネジャー）等に連絡いたします。

(2) 事故発生時の対応方法

サービスの提供中に事故が発生した場合は、怪我人の対応を当事業所の職員で行いながら、①御家族、②居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）、③宮古島市の順番でご連絡をいたします

8 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

○ 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又は変更、もしく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へ申し出てください。

○ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の○% (自己負担相当額)

○ 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契約者の希望する期間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

9 秘密保持について

当事業者及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第3者にもらいしません。なお、この守秘義務は契約終了後も同様です。

当事業者は、利用者の個人情報を要いる場合は利用者（ご本人）・ご家族の同意をあらかじめ文書で得ない限りサービス担当者会議等において利用者及び利用者の家族の個人情報を用いません。

10 その他

① 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての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（100円）をご負担いただきます。

② 施設・設備の使用上の注意

- ・施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

③ 喫煙

事業所内の喫煙はできません。

11 苦情等申立先

当事業所内	窓口担当者	来間 一斗（施設長）
	ご利用時間	午前8時30分～午後5時30分
	ご利用日	月～金（休み 祝日・12/30～1/3） ※緊急時は担当者が休日の場合であっても受け付けます。
	電話番号	0980-76-3330
	所在地	906-0302 宮古島市下地字嘉手苅 660-2
	ご利用方法	電話対応・訪問面接・来所面接

長 生 園 指 定 通 所 介 護 事 業 所

利用料金のご案内

	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満
要介護 1	370	388	570	584	658
要介護 2	423	444	673	689	777
要介護 3	479	502	777	796	900
要介護 4	533	560	880	901	1023
要介護 5	588	617	984	1008	1148

単位(円)

基本単位	
サービス提供体制加算	18
合計単位(1 日)	
①合計単位(1 日) × 利用回数	
② 入浴(40) × 回	
③ 介護職員等処遇改善加算Ⅲ(8.0%) (① + ②) × 0.08	
	①+②+③
	合計単位

単位(円)

食費 (4 0 0 円) × 回	円
合計単位 × 食費	円

利用料金については下記の支払い方法がありますのでよろしくお願いします。

◎口座振替

口座振替用通帳・銀行届出印をご持参の上、しもじ長生園窓口にて
「口座振替依頼書」に記入し、お手続きをお願いします。

同意書

私及び私の家族は、長生園指定通所介護事業所が、下記の①～④の場面において個人情報あるいは家族情報を用いることに対して同意します。

- ①サービス担当者会議
- ②居宅サービス事業者との連携
- ③他の居宅支援事業者との連携
- ④医療機関・行政機関・その他居宅介護支援時に連携の必要な機関

ただし、業務上知り得た情報は、上記①～④の場合を除いて家族以外の第三者等に漏らさないよう秘密保持を遵守していただきますようお願いします

前記の内容について「指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日）第105条（代8条準用）の規定に基づき、説明を行います。

所在地 沖縄県宮古島市下地字嘉手苅 660-2

事業所名 社会福祉法人 大立福祉会 長生園指定通所介護事業所 印

説明者 生活相談員 崎原 康博 印

上記について説明を受けました。

説明日 令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

家族（代理人） 住所

氏名 印

付 則

この重要事項説明書は平成12年7月1日より施行する。

改訂

平成20年6月1日

改訂

平成24年4月1日

改訂

平成24年9月19日

改訂

平成25年4月1日

改訂

平成26年4月1日

改訂

令和元年10月1日

改訂

令和3年4月1日

改訂

令和5年10月1日

改訂

令和6年4月1日

改訂

令和6年6月1日