

# 重 要 事 項 説 明 書

(介護予防・日常生活支援総合事業通所介護（サービスC）)

(2025年3月21日現在)

介護予防・日常生活支援総合事業通所介護サービス提供開始にあたり、当事業者がご利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業者

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 真誠会      |
| 法人所在地  | 鳥取県米子市大崎1511番地1 |
| 法人種別   | 社会福祉法人          |
| 代表者氏名  | 理事長 前田 浩寿       |
| 電話番号   | (0859) 48-2331  |

## 2 ご利用施設

|          |                   |
|----------|-------------------|
| 施設の名称    | 通所介護 富益しあわせデイサービス |
| 施設の所在地   | 鳥取県米子市富益町235番地8   |
| 管理者      | 亀谷 梨沙             |
| 電話番号     | (0859) 25-6811    |
| ファクシミリ番号 | (0859) 25-6810    |

## 3 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                 |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要支援状態にある方が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。                            |
| 運営の方針 | 利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

#### 4 施設の概要

##### (1) 敷地および建物

|     |         |                              |
|-----|---------|------------------------------|
| 敷   | 地       | 1, 4 5 4. 6 1 m <sup>2</sup> |
| 建 物 | 構 造     | 鉄骨造平屋建                       |
|     | 延べ床面積   | 5 3 3. 4 6 m <sup>2</sup>    |
|     | 利 用 定 員 | 1 日 2 単位 30 名 (1 単位 30 名)    |

##### (2) 主な設備

| 設備の種類   | 数     | 面 積                       | 1人あたりの面積              |
|---------|-------|---------------------------|-----------------------|
| 食 堂     | 1 室   | 1 8 6. 0 0 m <sup>2</sup> | 4. 6 5 m <sup>2</sup> |
| 機能訓練室   | 1 室   |                           |                       |
| 一 般 浴 室 | 1 室   | 2 8. 2 3 m <sup>2</sup>   |                       |
| 便 所     | 2 箇 所 |                           |                       |
| 相 談 室   | 1 室   | 6. 7 8 m <sup>2</sup>     |                       |
| 休 養 室   | 1 室   | 1 8. 9 0 m <sup>2</sup>   |                       |

#### 5 職員体制（主たる職員）

| 従業者の職種    | 員数     |
|-----------|--------|
| 管 理 者     | 常勤 1 名 |
| 看 護 師     | 常勤 1 名 |
| 介 護 福 祉 士 | 常勤 1 名 |

#### 6 営業日及び営業時間

|          |                                                           |
|----------|-----------------------------------------------------------|
| 営業日      | 3 6 5 日 年中無休                                              |
| 営業時間     | 午前 8 時 3 0 分～午後 6 時                                       |
| サービス提供時間 | 午前 10 時 00 分から午前 11 時 30 分及び午後 2 時 00 分から 3 時 30 分までとします。 |

#### 7 施設サービスの概要

##### (1) 介護保険給付サービス【通所サービスC】

| 種 類           | 内 容                                                                   |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 運動機能<br>プログラム | 転倒・骨折予防及び膝痛・腰痛など加齢に伴う運動機能低下の予防・向上を図る観点から、ストレッチ、有酸素運動、簡易な器具を用いた運動等を行う。 |

|             |                                                                                         |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 口腔機能向上プログラム | 高齢者の摂食・嚥下機能の低下を早期に予防する観点から、口腔機能向上のための教育や摂食・嚥下機能訓練の指導等を実施する。                             |
| 認知症予防プログラム  | 認知機能低下の予防・支援を目的とした有酸素運動、創作活、脳活性トレーニング等のプログラムを提供することにより認知症の予防を図る。                        |
| 栄養改善プログラム   | 高齢者の低栄養状態を早期に発見するとともに、「食べること」を通じて低栄養状態を改善し、高齢者の自立支援のひとつとしての「個別的な栄養相談」、「集団的な栄養教育」等を実施する。 |

## 8 利用料

法定代理受領を前提としています。また制度上の改定等で変更となる場合があります。

### (1) 基本料金【通所サービスC】

| プログラム・加算       | 基本利用料    | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) |
|----------------|----------|---------------|---------------|
| 運動機能・口腔向上プログラム | 3,500円/回 | 350円/回        | 700円/回        |
| 認知症予防プログラム     | 4,000円/回 | 400円/回        | 800円/回        |

### (2) 加算料金

| 栄養改善加算 | 1,000円/月 | 100円/月 | 200円/月 |
|--------|----------|--------|--------|
|--------|----------|--------|--------|

### (3) その他の費用

|     |                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------|
| その他 | 上記以外の介護保険給付以外のサービスを必要とされる場合については、ご説明の上、同意を得てその費用を徴収することになります。 |
|-----|---------------------------------------------------------------|

## 9 サービス利用における禁止行為について

### 1) 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。

(職員が回避したため危害を免れたケースを含む)

|                                        |                                   |                       |
|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| 例：■ コップを投げつける<br>■ 蹴られる<br>■ 手を払いのけられる | ■ 叩かれる<br>■ 手を引っかく、つねる<br>■ 首を絞める | ■ 唾をはく<br>■ 服を引きちぎられる |
|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|

## 2) 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 例：■ 大声を発する<br>■ サービスの状況を覗き見する<br>■ 怒鳴る<br>■ 気に入った職員以外に批判的な言動をする<br>■ 威圧的な態度で文句を言い続ける<br>■ 刃物をちらつかせる<br>■ 「この程度出来て当然」と理不尽なサービスを要求する<br>■ 利用者の親族等が「自分の食事も作れ」と強要する | ■ 家族等が利用者の発言を鵜呑みにし、理不尽な要求をする<br>■ 訪問時不在時に書置きを残すと「予定通りサービスがなされていない」と謝罪を要求する<br>■ 「たくさん保険料を支払っている」とサービスを強要する。又は断ると文句を言う<br>■ 利用料金の数ヶ月滞納<br>■ 特定の職員にいやがらせをする。 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 3) セクシャルハラスメント

意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為。

|                                                                        |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 例：■ 必要もなく手や腕を触る<br>■ 抱きしめる<br>■ 女性のヌード写真を見せる<br>■ 入浴介助中、あからさまに性的な話をする。 | ■ 卑猥な言動を繰り返す<br>■ サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる<br>■ サービス提供中の職員の服の中に手を入れる。 |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

## 10 苦情等申立先

|           |       |                                             |
|-----------|-------|---------------------------------------------|
| 当施設ご利用相談室 | 窓口担当者 | 亀谷 梨沙                                       |
|           | ご利用時間 | 平日 9:00～18:00                               |
|           | ご利用方法 | 電話 (0859) 25-6811<br>面接場所 相談室<br>苦情箱(玄関に設置) |
| 米子市長寿社会課  | ご利用時間 | 平日 8:30～17:15                               |
|           | ご利用方法 | 電話 (0859) 23-5156                           |
|           | 場所    | 米子市加茂町1丁目1<br>米子市役所福祉保健部                    |

|                                                                                                                                             |       |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|
| 鳥取県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情処理委員会<br>介護サービス担当                                                                                                 | ご利用時間 | 平日 ８：３０～１７：１５    |
|                                                                                                                                             | ご利用方法 | 電話 （０８５７）２０－２１００ |
|                                                                                                                                             | 場所    | 鳥取市立川町６丁目１７６     |
| 事業者は、利用者及びその家族からの苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録します。また、市町村又は国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合において、市町村又は国民健康保険団体連合会から求めがあったときは、改善内容を市町村又は国民健康保険団体連合会に報告します。 |       |                  |

## 1 1 非常災害時の対策

|          |                                           |
|----------|-------------------------------------------|
| 非常時の対応   | 別途定める「消防計画」に基づき対応します。                     |
| 近隣との協力関係 | 富益自治会（富益消防団）との非常時の相互の応援を約束しています。          |
| 平常時の訓練等  | 別途定める「消防計画」にのっとり年２回避難訓を、ご利用者の方も参加して実施します。 |

## 1 2 当施設ご利用の際に留意いただく事項

|           |                                                                     |
|-----------|---------------------------------------------------------------------|
| 設備・器具の利用  | 施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、損害賠償していただくことがございます。 |
| 喫煙・飲酒     | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒はできません。                                      |
| 迷惑行為等     | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。                                           |
| 所持品の管理    | 取り扱いませんので各自保管、管理をお願いします。                                            |
| 現金等の管理    | 取り扱いませんので、原則、現金・貴重品等は持ち込まないようお願いします。                                |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。                                   |
| 食品の持込     | 食中毒の恐れがありますので、おやつ等の食べ物や飲み物を持ち込まないでください。                             |

### 1 3 緊急時及び事故発生時の対応方法

|                                                                                                                                        |       |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| (1) 利用者の主治医への連絡を行い、又は協力医療機関と連絡を行う等により、医師の指示に従います。なお、速やかに緊急連絡先に連絡いたします。<br>(2) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、当該事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。 |       |                             |
| 主治医                                                                                                                                    | 氏名    |                             |
|                                                                                                                                        | 医療機関名 |                             |
|                                                                                                                                        | 所在地   |                             |
|                                                                                                                                        | 電話番号  | (            )            — |
| 緊急連絡先 1                                                                                                                                | 氏名    |                             |
|                                                                                                                                        | 住所    |                             |
|                                                                                                                                        | 電話番号  | (            )            — |
| 緊急連絡先 2                                                                                                                                | 氏名    |                             |
|                                                                                                                                        | 住所    |                             |
|                                                                                                                                        | 電話番号  | (            )            — |

### 1 4 利用料のお支払い方法

利用料金は、次のいずれかの方法によりお支払いをお願いいたします。

1) 施設窓口での現金によるお支払い

2) 当施設指定口座へお振込みによるお支払い。

【指定口座番号】

山陰合同銀行 米子支店 普通口座 3 7 1 2 0 3 4

富益しあわせデイサービス 理事長 前田 浩寿

3) 当施設の提携金融機関より自動口座引落としによるお支払い。

【提携金融機関】<( )は手数料(税別)>

山陰合同銀行(50円)、鳥取銀行(50円)、ゆうちょ銀行(10円)、  
米子信用金庫(50円)、鳥取西部農業協同組合(20円)、  
島根銀行(50円)

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名\_\_\_\_\_氏名\_\_\_\_\_）  
から重要事項の説明を受けたことを確認します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

利 用 者      住 所

氏 名

印

（署名代理人）

住 所

氏 名

印

私は、下記の理由により利用者に代わり、上記の署名を行いました。

署名を代行した理由

身元引受人      住 所

氏 名

印

（利用者との続柄）

当施設・事業所をご利用の皆様方へ

## 個人情報の取り扱いについて

平成 17 年 4 月から施行された「個人情報保護法」に従い、当施設・事業所では個人情報の取り扱いに規定を制定し、また監査体制を強化しております。また、外部委託機関との間におきましても個人情報保護を契約条項で規定しております。

つきましては医療・介護サービスを安全・確実にご提供するために、同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」（厚生労働省発行）に従い、当施設・事業所のご利用の皆様方の個人情報の取り扱いについて以下の点をご了承下さいますようお願い致します。

（個々の利用者への医療・介護サービス提供に必要な利用を目的とするもの）

### 医療法人・社会福祉法人真誠会 真誠会 真誠会ネットワークシステム内部での利用

- おひとりおひとりの患者様、ご利用者の方への医療の安全・確実な提供のために利用させていただきます。・・・医療・介護サービスの提供のために処方箋や指示書・伝票または検体などは個人情報が記載されますが、その取り扱いや破棄に関しては規定を作成した上で、十分に留意いたします。
- 医療・介護保険事務や病棟管理・会計・経理・医療安全対策・サービス向上活動に利用させていただきます。
- 医療・介護・福祉・保健分野で真誠会グループ内でのサービスを円滑にご利用いただけますよう、各施設間で情報を共有いたします。

### 他の事業者や本人以外への情報提供

- 治療やお世話を行う上で他の病院、診療所、施設、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者との円滑な連携のために当該患者様・ご利用者様の情報を交換致します。
- 他の医療機関・介護サービス事業所等から当該患者様・ご利用者様への医療・介護サービスの提供のために照会があった場合には回答いたします。
- より適切な診療を行う上で、外部の医師等の意見・助言が必要な場合に情報の収集あるいは提供に利用いたします。
- 検体検査業務の委託などの場合、誤認防止のために情報を利用いたします。
- 医療・介護保険事務のうち、一部保険業務への委託先へ、また審査支払機関へのレセプト提出や同機関からの照会に対する回答に利用します。
- 事業者から委託を受けて健康診断等を行った場合には、業者へのその結果を通知いたします。
- 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出に利用することがあります。

(上記以外の利用目的)

医療法人・社会福祉法人真誠会 真誠会ネットワークシステム内部での利用に係る事例

- 医療・介護・福祉・保健サービスや業務の維持・改善のために基礎資料として利用させていただきます。
- 内部で行われる学生実習への協力は事例検討の際に利用させていただくことがあります。

他の事業者への情報提供を行う事例

- 当施設・事業所の管理営業業務のうち、外部監査機関へ情報を提供する場合があります。

学会発表や学術誌発表などの研究に関して

- 医療・介護・福祉の専門性の進歩のために匿名化したうえで利用させていただくことがあります。この際、事例の内容から十分な匿名化が困難な場合は、その利用については原則としてご本人の同意を得ます。

個人情報の第三者提供に関して

- 個人情報保護法に基づき、法令に基づく場合、生命、身体、財産保護、公衆衛生の向上、児童の健康育成、国等の公共団体からの協力依頼の場合には例外として、ご本人の同意を得ることなく利用する場合があります。

以上につきまして、不明な点や異議がある場合には、遠慮なく下記対応窓口（→各事業所責任者）へお申し付け下さい。なお、本人の個人情報はお申し出により開示させていただきます。記録の開示にかんしては別途開示規定に従わせて頂きます。また、以上の点に同意されなくとも、なんら不利益は生じません。さらに、同意および留保はお申し出により、いつでも変更することが可能です。

対応窓口 ： 各事業所責任者・相談員

平成 29 年 7 月

医療法人・社会福祉法人真誠会 理事長

介護予防・日常生活支援総合事業  
通所介護（サービスC）  
重要事項説明書

社会福祉法人 真誠会

通所介護富益しあわせデイサービス