

# デイサービス 函南・ぶなの森 重要事項説明書①

## (通所介護)

当事業所は介護保険の指定を受けています。

通所介護（大規模型）（静岡県指定 第 2270300672 号）

当事業所は契約者に対して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内容は、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

### 1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 函要会
- (2) 法人所在地 静岡県田方郡函南町仁田 2 8 4 番地の 5
- (3) 電話番号 0 5 5 - 9 7 0 - 1 1 2 7
- (4) 代表者氏名 杉 山 潔

### 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 29 年 8 月 1 日 指定更新  
静岡県 2270300672 号  
※当事業所は特別養護老人ホーム函南・ぶなの森に併設されています。
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことのできるように支援することを目的として、ご契約者に、通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 デイサービス 函南・ぶなの森
- (4) 事業所の所在地 静岡県田方郡函南町仁田 2 8 4 番地の 5
- (5) 電話番号 0 5 5 - 9 7 0 - 1 6 2 7
- (6) 事業所長（管理者） 氏名 杉 本 知 敬
- (7) 当事業所の運営方針 「明るく 親切に」  
利用者＝お客様の一人一人に対し、介護、生活支援や介護相談に明るく親切に接します。
- (8) 福祉サービス第三者評価の実施状況 現在、実施しておりません。
- (9) 開設（サービス開始） デイサービス ぶなの森 平成 17 年 8 月 1 日
- (10) 事業所が行っている他の業務 当事業所では、次の事業も合わせて実施しています。
  - ①ケアプラザ函南・ぶなの森 平成 29 年 8 月 1 日指定更新 静岡県第 2270300698 号
  - ②ショートステイ函南・ぶなの森（短期入所生活介護）平成 29 年 8 月 1 日指定更新  
ショートステイ函南・ぶなの森（介護予防短期入所生活介護）平成 18 年 4 月 1 日指定  
静岡県第 2270300681 号
  - ③訪問介護センター 函南・ぶなの森（訪問介護）平成 29 年 8 月 1 日指定更新  
訪問介護センター 函南・ぶなの森（介護予防訪問介護）平成 18 年 4 月 1 日指定

(11) 通常の事業の実施地域は以下の通りとする。

- 函南町全域
- 伊豆の国市のうち旧菰山町の全域  
旧伊豆長岡町の小坂、長瀬及び戸沢地域を除く全域  
旧大仁町宗光寺地区内の星和立花台分譲地地域
- 三島市のうち国道 1 号線から南側に位置する地域（但し、市山新田、笹原新田、三恵台、塚原新田、松が丘、三ツ谷新田、山中新田の地域を除く）

(12) 営業日及び営業時間、休日

営業日 月曜日～土曜日

営業時間 月曜日～土曜日 8 時～17 時 30 分

サービス提供時間 月曜日～土曜日 9 時 15 分～16 時 20 分

休日 日曜日、年始(1 日～3 日) 及び※年間営業カレンダーで定めた休日（別紙※毎年 3 月頃に配布させていただきます。）

(13) 利用定員

通所介護（大規模型）及び通所型サービス A は一体型とし、利用定員は 40 名です。

### 3 職員の配置状況（令和 8 年 2 月 6 日現在）

職員の職種・員数及び職務内容

第 4 条 事業所に勤務する従業員の職種、員数及び職務内容は、次のとおりとする

(1) 管理者 1 人（兼任）

管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。

(2) 生活相談員 2 人（介護職員を兼務）

生活相談員は、利用者及び家族の相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、居宅介護支援事業等他の機関との連携において必要な役割を果たす。

(3) 看護職員 3 人

看護職員は、利用者の健康状態を把握し、適切なサービスを利用できるよう、必要な処置を行う。

(4) 介護職員 11 人（うち 2 名は生活相談員を兼務）

介護職員は、利用者の入浴・排泄・食事等サービス利用中の介護を行う。

(5) 機能訓練指導員 2 人

機能訓練指導員は、日常生活を営むために必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。

#### 4 当事業所が提供する介護サービスと利用料金

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、介護保険から給付を受けることができます。  
ご契約者様の負担額は「介護保険負担割合証」に記載の割合となります。

##### <サービスの概要>

###### ① 送迎

- ・ ご契約者様の自宅からデイサービスまでの送迎を行います。

###### ② 食事介助

- ・ ご契約者の食事の介助を行います。
- ・ 当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

食事時間 昼食 12時～

###### ③ 入浴介助

- ・ ご契約者の入浴の介助を行います。
- ・ タオル、シャンプー、ボディソープは無料で提供しています。
- ・ 車椅子の方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ・ 個浴2、一般浴1、機械浴1(ストレッチャー)

###### ④ 排泄介助

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。
- ・ トイレまでの移動が困難なご契約者様をトイレまで誘導します。

###### ⑤ 個別機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を阻止するための訓練を実施します。
- ・ ご契約者様の身体状況や生活環境に合わせた個別計画を作成します。
- ・ 計画に沿って訓練を実施した後、評価をして計画を作成するプロセスを繰り返し行います。
- ・ 日常生活動作をバーセルインデックスにて評価し、厚生労働省に報告します、(ADL 維持等加算を算定している期間に限る)

<サービス利用料金（1回あたり）>（契約書第8条参照）

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（7～9割）を除いた金額（自己負担分1～3割）をお支払い下さい。（下記のサービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。

○ 通所介護（大規模型）所要時間7時間以上8時間未満（1割負担の場合）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	629 単位	744 単位	861 単位	980 単位	1,097 単位
① サービス利用料金	6,378 円	7,544 円	8,730 円	9,937 円	11,123 円
② うち、介護保険から給 付される金額	5,740 円	6,789 円	7,857 円	8,943 円	10,010 円
自己負担額（①－②）	638 円	755 円	873 円	994 円	1,113 円
通 所 介 護 加 算 ・ 減 算 料 金					
入 浴 介 助 加 算	40 単位 405 円（自己負担 41 円）				
個別機能訓練加算 I-2（ロ）	76 単位 770 円（自己負担 77 円）				
個別機能訓練加算 I-1（イ）	56 単位 567 円（自己負担 57 円） ※上記（ロ）の算定要件を満たさない場合のみ算定				
個別機能訓練加算 II	20 単位 202 円 月 1 回のみ（自己負担 20 円/月）				
中重度ケア体制加算	45 単位 456 円（自己負担 46 円）				
ADL 維持等加算 II	60 単位 608 円 月 1 回（自己負担 61 円/月）				
科学的介護推進体制加算	40 単位 405 円 月 1 回（自己負担 41 円/月）				
サービス提供体制強化加算 I	22 単位 223 円（自己負担 23 円）				
介護職員等処遇改善加算 I	（基本サービス費＋各種加算）×92/1000 円/月				
送迎減算	-47 単位/片道（送迎を実施しない場合） -476 円（自己負担-48 円）				

- ※ ご契約者がまだ介護認定を受けていない場合には、サービス料金の全額をいったんお支払いいただきます。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。
- ※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、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。
- ※ 利用日にその定員によっては、全員入浴できない場合があります。
- ※ 函南町は地域区分7級地のため、総単価に10.14円を乗じた金額となります。
- ※ 自己負担額は総単価に10.14円を乗じた金額の内、介護給付分に介護負担割合証に記載の負担割合を乗じた（小数点以下切り捨て）額となります。

(2) 利用料金が介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条参照)

※ 以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 介護保険給付の支給限度額を超えたサービスを利用した場合  
介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担になります。

② 食費等 (昼食) 780円/日 (おやつ代) 90円/日  
(全員参加となる活動については、おやつ代は下記名目で請求いたします。)  
合同誕生会ケーキ代 (200円)

③ レクリエーション活動やクラブ活動など日常生活とは異なる自由参加における諸費用  
ご利用者様の意思確認により参加する催し (華道・コーヒークラブなどの活動) に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる実費はご負担いただきます。  
(ご利用者様の意思確認により参加する各種催しへの同意)  
 フラワーアレンジメント (770円)  作品制作などに材料費が掛かる場合 (実費)

④  連絡ノート等の消耗品 (110円) ※利用開始時は無料で用意いたします。

⑤ お貸ししましたオムツ、パットは同様のものをご返却下さい。

⑥ 時間延長サービスに要する費用 (介護保険適用外)  
ご契約者様のご都合などにより、サービス提供時間を超える場合に延長料金 (午後5時15分以降は30分毎に1000円) をいただきます。

※ 経済状況の著しい変化やその他のやむを得ない理由がある場合、相当な額に変更することがあります。この場合は、事前に変更の内容と変更する理由について変更を行う2ヶ月前までにご説明いたします。

※ 貴重品、現金等について、デイサービス通常利用時貴重品、現金はお持ちならないで下さい。紛失等の責任は負いかねます。(行事等参加費は除く。)

(3) 利用料金のお支払方法 (契約書第8条参照)

前記(1)(2)の料金・費用は、次のとおりお支払い下さい。

- ・ 通所介護サービスー1ヶ月毎に計算し、ご請求しますので、月額利用料の翌月の20日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア 金融機関口座への振込み (請求書参照)

イ 金融機関口座からの引落とし (引落日18日、休日の場合は翌営業日)

ウ 現金払い (利用日にご持参または事務窓口にてお支払下さい)

(4) 利用中止、変更、追加（契約書第9条参照）

○ 利用予定日の前にご契約者様が入院された場合は速やかに担当ケアマネジャーにご連絡ください。欠席される期間が1ヶ月以上となり、待機利用者がいる場合は利用枠を解放させていただく場合がございます。

退院時期が決まりましたら、身体状況や空き状況などを考慮してケアマネジャーと利用再開の調整をさせていただきます。

○ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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、利用予定日の前日までに事業所に申し出てください。

○ 利用予定日の前日までに申し出がなく、ご自宅までお迎えに伺った際に申し出をされた場合及び、8時までにご連絡がない方は取り消し料として下記の料金をいただきます。

・利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
・当日8時まで申し出がなかった場合	食費 + おやつ代
・別料金が発生する行事を当日休んだ場合	行事参加費用

(5) 個人情報の保護

ご利用者様、ご家族の個人情報の保護に関する法令及び厚生労働省が定める

医療、介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインを遵守し、当法人が定める個人情報に関する基本方針をはじめ個人情報に関する諸規定を守り適用かつ適切な取り扱いをしてまいります。

(6) 苦情受付窓口、苦情解決委員会

1. 当事業所における苦情の受付は次のとおりです。

受付時間 月～金曜日 8:00 ～ 17:30

電話 055-970-1127 FAX 055-970-1155

2. 苦情解決委員等

役職	氏名	電話番号	連絡先住所
苦情解決責任者	杉本 知敬	055-970-1127	静岡県田方郡函南町仁田284番地の5
苦情受付担当者	杉森 美香	055-970-1627	静岡県田方郡函南町仁田284番地の5
第三者委員	佐口 則保	055-978-3242	静岡県田方郡函南町畑毛513
第三者委員	日吉 悦子	055-949-3758	静岡県伊豆の国市菰山山木616番地の1
第三者委員	高橋 宗弘	055-979-4603	静岡県田方郡函南町仁田282番地の3

(7) 行政機関その他苦情受付機関

○静岡県国民健康保険団体連合会苦情受付

電話 054-253-5590 平日 8時30分～17時

○函南町役場 福祉課

電話 055-979-8126 平日 8時30分～17時15分

○三島市役所 介護保険課

電話 055-983-2607 平日 8時30分～17時15分

○伊豆の国市 長寿介護課

電話 0558-76-8009 平日 8時30分～17時15分

#### (8) 高齢者虐待防止のための措置

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 高齢者虐待防止のための指針の整備、従業者に対して高齢者虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施して、周知徹底を図ります。
- ③ 当事業所従業者又は擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに市町村に通報します。
- ④ 高齢者虐待防止に関する措置を適切実施するために担当者を設置します。  
担当者：デイサービス函南・ぶなの森 杉森美香（生活相談員）
- ⑤ 成年後見制度の利用を支援します。
- ⑥ 苦情解決体制を整備しています。

#### (9) 身体拘束について

- ① サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するために緊急やむを得ない場合をのぞき、身体拘束その他、利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ② 緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合、利用者またはご家族に対して事前に口頭および文章による説明を行い、併せて文章による同意を得ます。
- ③ 施設長を長とする身体拘束検討委員会を随時開催し、緊急やむを得ず行なう身体拘束について判断を行なうと共に、常にその解消のために検討に努めます。

#### (10) 感染症の予防及びまん延防止について

当事業所は、感染症の予防及びまん延防止のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的開催します。
- ② 感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備、従業者に対して感染症予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施して、周知徹底を図ります。
- ③ 従業者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。

(1 1) 業務継続計画の策定について

- ① 感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスを継続的に実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、業務継続計画を作成します。
- ② 感染症及び災害に係る研修を定期的に行い、感染症や災害が発生した場合も想定し、迅速に行動できるように訓練も実施します。

(1 2) ハラスメント対策について

セクシャルハラスメントやパワーハラスメントの防止のための雇用管理上の措置を講じます。利用者及びその家族はサービス利用にあたって、次の行為を禁止します。

- ① 従業者に対する身体的暴力（直接的、間接的を問わず有形力を用いて危害を及ぼす行為）
- ② 従業者に対する精神的暴力（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）
- ③ 従業者に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的な嫌がらせ行為等）

(1 3) 事故発生時の対応

- ① 事故対応に対しては組織を上げて支援します。事故対応はすべての業務に優先します。
- ② 事故対応にあたっては、公平性、透明性に努めます。
- ③ 事故への応急対策、家族連絡を行ないます。
- ④ 問題の明確化に努めます。
- ⑤ 原因を調査します。
- ⑥ 記録の作成をします。

(1 4) 事業者は、契約者に対する介護サービス提供について記録しそれを5年間保管し

ます。契約者若しくはその代理人はいつでも記録の閲覧・複写を求めることができます。但し複写の場合事業者の実費相当額を請求者に請求する事ができる。

(1 5) 利用にあたっての留意事項

- ・ 感染症予防のため利用日に発熱、吐気、嘔吐、下痢、腹痛または風邪等の症状がある場合、利用を控えていただく場合があります。
- ・ 健康管理のため、処方されている薬の最新情報を確認しています。新しくお薬が処方されましたらお薬手帳などをご持参ください。
- ・ 持ち物すべてに御記名をお願い致します。（バッグ、上着、下着、帽子、マフラー、手袋、メガネケース、杖など）
- ・ 台風や大雪などの悪天候が予想される場合や、感染症などの発生により事態が終息するまでの期間を休業または短縮営業する場合があります。

指定通所介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明をおこないました。

令和 年 月 日

説明者職名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

令和7年8月1日改定

令和8年1月16日改定

令和8年2月6日改定

**デイサービス函南・ぶなの森**  
**介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業**  
**通所型サービスA重要事項説明書②**

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

**1. 事業者（法人）の概要**

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 函要会
主たる事務所の所在地	〒419-114 静岡県田方郡函南町仁田284-5
代表者（職名・氏名）	理事長 杉 山 潔
設 立 年 月 日	平成17年8月1日
電 話 番 号	0 5 5 - 9 7 0 - 1 1 2 7

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	デイサービス函南・ぶなの森	
サービスの種類	通所型サービスA	
事業所の所在地	〒419-114 静岡県田方郡函南町仁田284-5	
電 話 番 号	0 5 5 - 9 7 0 - 1 6 2 7	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	2 2 7 0 3 0 0 6 7 2
利 用 定 員	定員40人 通所介護・介護予防通所介護・第1号通所事業を同じ場所・時間を一体化で実施します。	
事業の実施地域	函南町	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	社会福祉法人函要会が開設するデイサービス函南・ぶなの森（以下「事業所」という。）が行う函南町介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービスAの適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が、要支援状態等の利用者に対し、利用者が住み慣れた地域での生活を継続し、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう適正な通所型サービスを提供することを目的とする。
-------	---

運営の方針	通所型サービスAの提供に当たって、事業所の職員は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
-------	---

#### 4. 提供するサービスの内容

通所型サービスAは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年始（1月1日から1月3日）及び※年間営業カレンダーで定めた休日を除く（別紙※毎年3月頃に配布致します）
営業時間	午前8時00分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時15分から午後4時20分まで 延長なし

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	
従業員合計（運転手を除く）	常勤 6人、	非常勤 10人
うち生活相談員（うち2名は介護職兼務）	常勤 2人、	非常勤 0人
うち介護職員（うち2名は生活相談員兼務）	常勤 4人、	非常勤 7人
うち看護師（専従）	常勤 0人、	非常勤 3人
うち機能訓練士（専従）	常勤 2人、	非常勤 0人

※令和8年2月6日現在（年に1度程度更新）

#### 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 杉本知敬
----------	----------

## 8. 福祉サービス第三者評価の実施状況

現在、実施しておりません。

## 9. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載の割合を乗じた額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業の利用料・・・基本部分及び加算の合計の額となります。

【基本部分：通所型サービスA】\*1日：4時間以上、半日：4時間未満

サービス名称	基本利用料(1回あたり)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)
1日	事業対象者・要支援1 393単位 3,985円	事業対象者・要支援1 399円	事業対象者・要支援1 797円
	要支援2 395単位 4,005円	要支援2 401円	要支援2 801円
半日 (9:15~11:30)	事業対象者・要支援1 2,200円	事業対象者・要支援1 220円	事業対象者・要支援1 440円
	要支援2 2,210円	要支援2 221円	要支援2 442円
介護職員等処遇改善加算 I 事業対象者・要支援1 (36単位) 要支援2 (36単位)			

※半日（4時間未満）のご利用については送迎サービスを行っておりません。

(2) その他の費用

入浴料	500円/回 ※タオル・シャンプー・ボディーソープ・ドライヤー使用を含む
昼食代	食事の提供を受けた場合、1回につき780円の食費をいただきます。
おやつ代	おやつ提供を受けた場合、1回につき90円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつ提供を受けた場合、現物で返却していただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(クラブ活動費、レクリエーション費、利用者の希望によって提供する日常生活に必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただき

	<p>ます。</p> <p>※全員参加となっております、おやつ代は下記名目で請求いたします。</p> <p>1. <input checked="" type="checkbox"/> 合同誕生会ケーキ代 (200 円)</p> <p>※2~3は希望者のみ別途料金が掛かります。同意 (<input checked="" type="checkbox"/>) をお願い致します。</p> <p>2. <input type="checkbox"/> フラワーアレンジメント (770円)    3. <input type="checkbox"/> 連絡ノート等の消耗品 (110円)</p> <p>※利用開始時は無料です。</p>
--	--

### (3) キャンセル料

利用中止、変更、追加

○ 利用予定日の前にご契約者様が入院された場合は速やかに担当ケアマネジャーにご連絡ください。欠席される期間が1ヶ月以上となり、待機利用者がいる場合は利用枠を解放させていただく場合がございます。

退院時期が決まりましたら、身体状況や空き状況などを考慮してケアマネジャーと利用再開の調整をさせていただきます。

○ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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、利用予定日の前日までに事業所に申し出てください。

○ 利用予定日の前日までに申し出がなく、ご自宅までお迎えに伺った際に申し出をされた場合及び、8時までにご連絡がない方は取り消し料として下記の料金をいただきます。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
・当日8時まで申し出がなかった場合	食費 + おやつ代
・別料金が発生する行事を当日休んだ場合	行事参加費用

### (4) 利用料金のお支払方法 (契約書第8条参照)

前記(1)(2)の料金・費用は、次のとおりお支払い下さい。

・通所介護サービス—1ヶ月毎に計算し、ご請求しますので、月額利用料の翌月の20日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア 金融機関口座への振込み (請求書参照)

イ 金融機関口座からの引落とし (引落日18日、休日の場合は翌営業日)

ウ 現金払い (利用日にご持参または事務窓口にてお支払下さい)

## 10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

### 11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び函南町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 12. 苦情相談窓口

#### (1) 苦情受付窓口、苦情解決委員会

1. 当事業所における苦情の受付は次のとおりです。

受付時間 月～金曜日 8:00 ～ 17:30

電話 055-970-1127 FAX 055-970-1155

#### 2. 苦情解決委員等

役職	氏名	電話番号	連絡先住所
苦情解決責任者	杉本 知敬	055-970-1127	静岡県田方郡函南町仁田284番地の5
苦情受付担当者	杉森 美香	055-970-1627	静岡県田方郡函南町仁田284番地の5
第三者委員	佐口 則保	055-978-3242	静岡県田方郡函南町畑毛513
第三者委員	日吉 悦子	055-949-3758	静岡県伊豆の国市菰山山木616番地の1
第三者委員	高橋 宗弘	055-979-4603	静岡県田方郡函南町仁田282番地の3

#### (2) 行政機関その他苦情受付機関

苦情受付機関	函南町福祉課	電話番号 055-979-8126
	静岡県国民健康保険団体連合会	電話番号 054-253-5590

### 13. 高齢者虐待防止のための措置

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 高齢者虐待防止のための指針の整備、従業者に対して高齢者虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的を実施して、周知徹底を図ります。
- ③ 当事業所従業者又は擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに市町村に通報します。

- ④ 高齢者虐待防止に関する措置を適切実施するために担当者を設置します。  
担当者：デイサービス函南・ぶなの森 杉森美香（生活相談員）
- ⑤ 成年後見制度の利用を支援します。
- ⑥ 苦情解決体制を整備しています。

#### 1 4. 身体拘束について

- ① サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するために緊急でやむを得ない場合をのぞき、身体拘束その他、利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ② 緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合、利用者またはご家族に対して事前に口頭および文章による説明を行い、併せて文章による同意を得ます。
- ③ 施設長を長とする身体拘束検討委員会を随時開催し、緊急やむを得ず行なう身体拘束について判断を行なうと共に、常にその解消のために検討に努めます。

#### 1 5. 感染症の予防及びまん延防止について

当事業所は、感染症の予防及びまん延防止のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。
- ② 感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備、従業者に対して感染症予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施して、周知徹底を図ります。
- ③ 従業者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。

#### 1 6. 業務継続計画の策定について

- ① 感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスを継続的に実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、業務継続計画を作成します。
- ② 感染症及び災害に係る研修を定期的開催し、感染症や災害が発生した場合も想定し、迅速に行動できるように訓練も実施します。

#### 1 7. ハラスメント対策について

セクシャルハラスメントやパワーハラスメントの防止のための雇用管理上の措置を講じます。利用者及びその家族はサービス利用にあたって、次の行為を禁止します。

- ① 従業者に対する身体的暴力（直接的、間接的を問わず有形力を用いて危害を及ぼす行為）
- ② 従業者に対する精神的暴力（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）
- ③ 従業者に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的な嫌がらせ行為等）

#### 1 8. 事故発生時の対応

- ① 事故対応に対しては組織を上げて支援します。事故対応はすべての業務に優先します。
- ② 事故対応にあたっては、公平性、透明性に努めます。
- ③ 事故への応急対策、家族連絡を行いません。

- ④ 問題の明確化に努めます。
- ⑤ 原因を調査します。
- ⑥ 記録の作成をします。

## 19. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 感染症予防のため利用日に発熱、吐気、嘔吐、下痢、腹痛または風邪等の症状がある場合、利用を控えていただく場合があります。
- (4) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (5) 台風、豪雨や大雪などの悪天候が予想される場合や、感染症などの発生により事態が終息するまでの期間を休業または短縮営業する場合があります

## 20. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

指定通所介護サービス提供の開始に際し、本書面に基つき重要事項の説明をおこないました。

令和 年 月 日

説明者職名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基ついで事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

令和7年8月1日改定

令和8年2月6日改定