

「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。
(高知県指定 第 3970700039 号)

当事業所は契約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通り説明します。

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 南海福祉会
- (2) 法人所在地 高知県高知市布師田字宮ノ辺 1 3 6 2 番地
- (3) 電話番号 0 8 8 - 8 4 5 - 5 4 0 0
- (4) 代表者氏名 理事長 曾我部 道德
- (5) 創立年月 昭和 5 3 年 8 月

2. ご利用事業所

- (1) ご利用事業所 指定通所介護事業所・平成 1 2 年 4 月 1 日指定
高知県第 3 9 7 0 7 0 0 0 3 9 号
- (2) 事業所の名称 通所介護事業所 四万十の郷
- (3) 事業所の所在地 高知県四万十市安並字東丸 5803 番地
- (4) 電話番号 0 8 8 0 - 3 4 - 7 7 5 5
- (5) 施設長 (管理者) 氏名 芳竹 大輔
- (6) 定員 3 8 名

3. 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。

＜主な職員の配置状況＞

職種	常勤	非常勤
1. 施設長（管理者）	1名	
2. 介護職員	5名以上	
3. 生活相談員	1名以上	
4. 看護職員		1名以上
5. 機能訓練指導員	1名 月曜～金曜勤務	1名以上 (兼務)

但し、管理者、事務員は併設する他の事業所と兼務可とする。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) サービスの概要

- ① 営業日 月曜日～土曜日
- ② 休日 毎週日曜日、12月31日から1月3日の年末年始
- ③ 事業実施地域 四万十市（旧中村市内）、黒潮町（旧大方町）
- ④ サービス提供時間 9：30～17：00
- ⑤ 食事
 - ・昼食時間 12：00～
- ⑥ 入浴
 - ・ご希望に応じて入浴が行えます。
 - ・家庭浴槽での入浴が困難な方は機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ⑦ 排泄
 - ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑧ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑨ 送迎

- ・ご契約者の事情により、自宅と事業所間の送迎を行います。
- ・時間外は原則家族送迎となります。

⑩ 健康状態の確認

⑪ その他必要な介護

⑫ レクリエーション、クラブ活動

- ・ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

⑬ 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。但し、ご契約者以外の個人情報に記載されている場合は、その部分を消去した複写物を交付いたします。（複写物の交付には実費をご負担いただきます）

（２）サービス利用料金

- ・別紙の料金表の１．介護保険給付対象サービス費用（自己負担額）と２．介護保険給付対象外費用との合計金額をお支払い下さい。

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）の料金・費用は、１か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月２０日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（１か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．郵便局での自動払込み

イ．窓口での現金支払

ウ．下記指定口座への振り込み

四国銀行 本店 普通預金 1503437

名義 社会福祉法人 南海福社会

理事長 曾我部 道徳

5. 利用の中止

契約者がサービスの利用を中止する場合は利用予定当日午前8時45分までに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話） 0880-34-7755

6. 事故発生時の対応

当事業所は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じます。又利用者に対し賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

又、事故が生じた際には、事故の状況及びその事故に際して採った処置を記録し、その原因を解明し再発生を防ぐ為の対策を講じます。

7. 非常災害対策

当事業所は非常その他急迫の事態に備え、取るべき措置について予め対策を立て、非常災害に備えて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

8. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付します。

○苦情受付窓口 電話番号 0880-34-7755

相談員 亀岡 祐太

○受付時間 8:30～17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

介護保険被保険者証に記載されている市町村の窓口。

四万十市高齢者支援課	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間	四万十市中村大橋通4丁目10番地 0880-34-1165 0880-34-1880 午前8時30分から午後5時00分
黒潮町健康福祉課 介護保険係 (大方総合支所)	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間	幡多郡黒潮町入野2019番地 0880-43-2116 0880-43-2788 午前8時30分から午後5時30分
高知県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間	高知市丸の内2-6-5 088-820-8410・8411 088-820-8413 午前8時30分から午後5時15分

令和 年 月 日

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

通所介護事業所 四万十の郷

説明者

氏名

印

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、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所
(利用者)

氏名

印

保証人 住所

氏名

印

通所介護サービス利用料金表

令和 7 年 6 月 1 日現在

1. 介護保険給付対象サービス費用

(単位 円／日額)

(1) サービス費

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費	6,580	7,770	9,000	10,230	11,480
	※ 通所介護サービス費に対して下記のものが加算されます。 サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) 6 単位				
上記サービス費にかか る一割負担額	664	783	906	1,029	1,154

上記サービス費は送迎を含んだ額で通常の 7～8 時間サービスとし、変更があった場合は定められた金額。
下記の項目に該当するものは自己負担額に加算されます。(一割負担の場合)

(2) 各種加算

- ※ 入浴介助加算 I 40 円／回
- ※ 若年性認知症利用者受入加算 60 円／日
- ※ 当事業所が送迎を行わない場合 47 円／片道 減額

(3) 処遇改善加算

- ※ 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) サービス費に各種加算を加えた額の 1000 分の 90 に相当する金額

2. 介護保険給付対象外費用

- 1) 昼食費 650 円／日額
- 2) おやつ代 (希望者のみ) 120 円／日額
- 3) イベント食 150 円／日額
対象行事：開園記念祭、土用の丑の日、敬老の日等
※上記の行事以外もイベント食の対象となる場合がございます。その際は別途お知らせします。
- 4) 複写物の交付に関しては実費をいただきます。
- 5) 日常生活用品の購入に関しては実費をいただきます。
- 6) レクリエーション、クラブ活動に参加した場合材料費の実費をいただきます。

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）

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。
(高知県指定 第 3970700039 号)

当事業所は契約者に対して介護予防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通り説明します。

1. 事業所経営法人

- | | |
|-----------|--------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 南海福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 高知県高知市布師田字宮ノ辺 1 3 6 2 番地 |
| (3) 電話番号 | 0 8 8 - 8 4 5 - 5 4 0 0 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 曾我部 道德 |
| (5) 創立年月 | 昭和 5 3 年 8 月 |

2. ご利用事業所

- | | |
|----------------|---|
| (1) 事業の種類 | 介護予防通所介護・平成 1 8 年 4 月 1 日指定
高知県第 3 9 7 0 7 0 0 0 3 9 号 |
| (2) 事業所の名称 | 通所介護事業所 四万十の郷 |
| (3) 事業所の所在地 | 高知県四万十市安並字東丸 5803 番地 |
| (4) 電話番号 | 0 8 8 0 - 3 4 - 7 7 5 5 |
| (5) 施設長（管理者）氏名 | 芳竹 大輔 |
| (6) 定員 | 3 8 名 |

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防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。

<主な職員の配置状況>

職種	常勤	非常勤
1. 施設長（管理者）	1名	
2. 介護職員	5名以上	
3. 生活相談員	1名以上	
4. 看護職員		1名以上
5. 機能訓練指導員	名 月曜～金曜勤務	名以上 （兼務）
6. 事務員	1名	

但し、管理者、事務員は併設する他の事業所と兼務可とする。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) サービスの概要

- ① 営業日 月曜日～土曜日
- ② 休日 毎週日曜日、12月31日から1月3日の年末年始
- ③ 営業時間 10:30～16:00
- ④ 事業実施地域 四万十市（旧中村市内）、黒潮町（旧大方町内）
- ⑤ 昼食時間 12:00～
- ⑥ 日常生活上の支援のサービス
 - ・ 入浴
 - ・ 送迎
 - ・ 健康状態の確認
 - ・ その他必要な支援
 - ・ 機能訓練、レクリエーション、創作活動（アクティビティサービス）

⑦ 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。但し、ご契約者以外の個人情報に記載されている場合は、その部分を消去した複写物を交付いたします。(複写物の交付には実費をご負担いただきます)

(2) サービス利用料金

- ・ 別紙の料金表の 1. 介護保険給付対象サービス費用（自己負担額）と 2. 介護保険給付対象外費用との合計金額をお支払い下さい。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 20 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 郵便局での自動払込み

イ. 窓口での現金支払

ウ. 下記指定口座への振り込み

四国銀行 本店 普通預金 1 5 0 3 4 3 7

名義 社会福祉法人 南海福祉会

理事長 曾我部 道徳

5. 利用の中止

契約者がサービスの利用を中止する場合は利用予定当日午前 8 時 45 分までに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話） 0 8 8 0 - 3 4 - 7 7 5 5

6. 事故発生時の対応

当事業所は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、介護予防サービス計画を作成した地域包括支援センター等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じます。又利用者に対し賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

又、事故が生じた際には、事故の状況及びその事故に際して採った処置を記録し、その原因を解明し再発生を防ぐ為の対策を講じます。

7. 非常災害対策

当事業所は非常その他急迫の事態に備え、取るべき措置について予め対策を立て、非常災害に備えて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

8. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付します。

○苦情受付窓口 電話番号 0880-34-7755

相談員 亀岡 祐太

○受付時間 8 : 30 ~ 17 : 30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

介護保険被保険者証に記載されている市町村の窓口。

四万十市高齢者支援課	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間	四万十市中村大橋通4丁目10番地 0880-34-1165 0880-34-1880 午前8時30分から午後5時15分
黒潮町健康福祉課 介護保険係 (大方総合支所)	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間	幡多郡黒潮町入野2019番地 0880-43-2116 0880-43-2788 午前8時30分から午後5時30分
高知県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間	高知市丸の内2-6-5 088-820-8410・8411 088-820-8413 午前8時30分から午後5時15分

令和 年 月 日

介護予防通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

通所介護事業所 四万十の郷

説明者

氏名

印

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、介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所
(利用者)

氏名

印

保証人 住所

氏名

印

第 1 号通所介護事業・介護予防通所介護相当

サービス利用料金表

令和 7 年 6 月 1 日現在

1. 介護保険給付対象サービス費用

(1) サービス費

(単位 円/日額)

要支援認定	通所型サービスが必要とされた者 (事業対象者・要支援 1)	通所型サービスが必要とされた者 (事業対象者・要支援 2)
サービス費	4,360 /1 回につき	4,470 /1 回につき
	※ 上記サービス費に対して下記のものが加算されます。	
	サービス提供体制加算 (Ⅲ) 24 単位	サービス提供体制加算 (Ⅲ) 48 単位

※但し、月によって基本予定回数が増す月が生じる為、その際は、厚生労働省の定める下記の金額を適用します。

サービス費 1 割負担額	1,798 円 (利用回数 4 回以上)	3,621 円 (利用回数 8 回以上)
-----------------	----------------------	----------------------

※利用者様の介護保険負担割合証の割合によって、サービス費のお支払金額が変わります。

上記サービス費は送迎・入浴を含んだ額です。

ただし、下記の項目に該当するものは利用者自己負担額に加算されます。

(2) 各種加算

若年性認知症利用者受入加算	240 円/月
当事業所が送迎を行わない場合	47/片道 減算

(3) 処遇改善加算

介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	サービス費に各種加算を加えた額の 1000 分の 90 に相当する金額
----------------	-------------------------------------

2. 介護保険給付対象外費用

- 1) 昼食費 650 円/日額
- 2) おやつ代 (希望者のみ) 120 円/日額
- 3) イベント食費 150 円/日額

対象行事：開園記念祭、土用の丑の日、敬老の日等

※上記の行事以外もイベント食の対象となる場合がございます。その際は別途お知らせします。

- 4) 複写物の交付に関しては実費をいただきます。
- 5) 日常生活用品の購入に関しては実費をいただきます。
- 6) レクリエーション、クラブ活動に参加した場合材料費の実費をいただきます。