

## 指定地域密着型通所介護重要事項説明書

### 1. 事業の目的

事業者は、適切な運営を確保するために、人員および管理運営に関する事項を定め、事業者の生活相談員、看護職員、および介護職員等が、要介護者に対して、各種の適切なサービスを提供し、自立の援助、心身機能の維持・向上を図ると共に、家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図る事を目的とする。

### 2. 運営方針

事業者は、要介護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、自立した生活を営むことができるよう、必要な日常生活の支援および各機能訓練を行います。

また、事業の運営にあたっては、地域に密着した創造と実践を重視し、関係市町村保険者、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、各居宅サービス事業者、その他の医療・保健・福祉サービスを提供する機関等との密接な連携を図り、統合的なサービス提供に努めます。

### 3. 事業者の概要

#### (1) 地域密着型通所介護事業所

所在地 : 東根市温泉町二丁目 1 番 1 9 号  
事業所番号 : 691700082 (東根市指定)  
利用定員 : 1 8 名 (最大 1 8 名) / 日  
実施地域 : 東根市全域

#### (2) 主たる職員およびその業務

管 理 者 1 名 (常勤) 全体の管理、相談・苦情窓口になります。  
生活相談員 3 名 (常勤兼務) 相談に応じ、適宜生活支援等を行います。  
看 護 師 1 名 (非常勤) 利用者の健康管理に努めます。  
機能訓練指導員 1 名 (非常勤) A D L の維持、向上のための機能訓練を行います。  
介護職員 5 名 (常勤兼務及び非常勤) 生活援助、入浴、レクリエーション、送迎等を行います。

調理員 4 名 (非常勤) 食事の調理を行い、適宜生活支援を行います。

#### (3) サービス提供時間

営業日 月曜日 ～ 土曜日営業  
\*ただし、悪天候の際は、状況をみて休止する場合があります。  
営業時間 午前 8 時 3 0 分 ～ 午後 5 時 3 0 分  
提供時間 午前 9 時 20 分～ 午後 4 時 30 分 (送迎時間は含みません)

#### (4) サービスの内容

食事、入浴、排泄、機能訓練、生活指導、レクリエーション・娯楽行事等、健康管理、栄養指導、相談および援助、送迎

### 4. サービス利用料(別 紙)

#### (1) 利用料金のお支払い方法

別紙料金表 (1) の料金、費用は、毎月 1 0 日頃までに前月分の請求をいたしますので、請求月の末日までにお支払いください。お支払い方法は銀行または郵便局からの引落しを基本といたします。事情によっては現金支払いも可能です。ご契約の際にご相談下さい。

#### (2) 支払いについての事前説明

食費および別紙料金表 (2) の支払いを受ける場合には、ご利用者等に対して事前に説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名 (記名捺印) を頂きます。

### 5. 利用の中止、変更および追加

① ご利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービス利用を中止または変更、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 10 時までに事業者へ申し出てください。

ただし、サービスの利用の変更、追加の申し出に対して、事業者の労働状況によりご利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合もありますので、その場合には他の利用可能日を提示し協議することとします。

② ご利用者の都合により 3 か月以上のご利用がなかった場合、自動的にサービスを終了いたします。

### 6. 金銭および貴重品の管理

サービス提供中、金銭および貴重品の管理は、ご自身の責任で行ってください。

### 7. 通所介護サービスのキャンセルについて

① 通所介護サービス提供日の前日 1 7 時までにご連絡をお願いいたします。  
② それ以降のキャンセルの場合は、キャンセル料 5 0 0 円 (食材費等) としてご請求させていただきます。

### 8. サービス利用にあたっての留意事項

- ① 以下の禁止事項を故意に繰り返し行う場合はサービスの中止をお願いする場合がございます。
- 1) 建物および敷地内での喫煙
  - 2) 故意による不潔行為および他のご利用者様への迷惑・危険行為
  - 3) 宗教活動および政治活動
  - 4) その他、他の利用者や事業所に迷惑をかける行為と事業者が判断した場合。
- ② その他
- 1) ご利用開始にあたり必ず、契約書、重要事項説明書の内容の確認をお願いいたします。
  - 2) 身元引受人をご変更される場合はご相談ください。

### 9. 緊急時の対応方法

サービスの実施中に利用者の病状に急変が生じた場合には、速やかに主治医、家族および各関係機関、救急隊へ連絡をいたします。

### 1 0. 事故対策

事故対策に関しては、「事故発生時対応マニュアル」を作成し、責任者を定めておくとともに、定期的

にリスクマネジメント委員会を設置し事故の分析や事故防止策、安全対策等を職員へ周知徹底します。

- 1 1．感染症の予防・まん延防止および非常災害に関する指針の整備、具体的計画の策定
- （1）事業所は感染症の発生とまん延防止、および非常災害に対処するために必要な措置を講じます。

（2）感染症の発生とまん延防止、および非常災害に対処するための委員会を1年に1回以上または必要時に開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。

（3）感染症の発生とまん延防止、および非常災害に対処するための指針(マニュアル等)を整備し、併せて事業継続計画（BCP）を策定します。

（4）感染症の発生とまん延防止、および非常災害に対処するための研修会及び訓練を1年に1回以上または必要時に開催実施します。

- 1 2．人権の擁護および虐待防止に関する事項
- 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講じます。

（1）人権の擁護、虐待の防止等に関する責任者の選定および必要な体制の整備。

（2）成年後見制度の利用支援。

（3）苦情解決体制の整備。

（4）虐待の防止を啓発・普及するための従業員に対する研修の実施。

（5）その他、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため必要な措置。

（6）虐待防止のための対策を検討する委員会を設置。

- 1 3．ハラスメント対策
- （1）事業者は、適切な居宅介護支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

（2）利用者(ご家族)または身元保証人等からの事業所やサービス従業者、その他関係者に対して故意に暴力や暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為が行われた場合は、サービスの利用を一時中止及び契約を解除させていただく場合があります。またしかるべき機関への通報も行う場合があります。

1 4．第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり    2. なし
	(2). なし		

- 1 5．苦情受付
- （1）当事業所における苦情受付

当事業所における苦情やご相談は次の窓口で受け付けます。

ここにこファミリアデイサービス

住所：東根市温泉町二丁目1番19号

電話番号：0237-53-1140

\* 苦情・相談等につきましては、営業時間時間内でお受けいたします。

苦情受付担当者	遠藤めぐみ・網干富士恵	電話 0237-53-1140
---------	-------------	-----------------

(2) 行政機関等

東根市健康福祉部福祉課※	電話 0237-42-1111（代表）
山形県国民健康保険団体連合会	電話 0237-87-8006

※住所地特例を適用した場合はその保険者たる市町村。（下記）

※) 住所地特例適用時の市町村連絡先	
--------------------	--

- (3) 苦情を処理するために講ずる措置の概要
- I. 利用者または家族からの苦情・相談に対する常設の窓口、担当者の設置
- ① 事業所内に苦情・相談の窓口を設置するとともに、また相談に訪問した利用者および家族のプライバシーと秘密の保持のため苦情・相談室を設けます。

② 苦情・相談の窓口担当者を選任し、当該担当者が苦情・相談にあたります。なお、窓口での解決が困難な場合は、下記事項Ⅱの体制および、手順で苦情・相談の解決にあたります。
- Ⅱ. 迅速かつ円滑に苦情・相談処理を行うための処理体制・手順
- ① 苦情・相談窓口の担当者が、利用者および家族から苦情・相談を受け付け、その内容を確認した上で、その段階で解決できると判断される場合は、その場で解決します。

② 窓口担当者で解決が困難な場合は、判断を保留し、責任者と協議し解決します。

③ 当該事業所内で解決が困難な場合には、予め事業者を選任した第三者委員の立会いのもと、当該利用者との話し合いを行い解決します。

④ ③での解決が困難な場合は、当該利用者および家族に、行政機関等への申し立てができる旨を伝え、速やかに当事業者の概要を行政機関に伝え、その指示を仰ぐものとします。

以上、通所介護サービスの提供開始にあたり重要事項の説明をいたしました。これを証明するため本書2通を作成し、各自記名の上、1通ずつ所持するものとします。

事業者説明担当者：

事業者から通所介護サービスについて重要事項の説明を受け本書面を受領しました。

令和    年    月    日

＜利用者または家族(代理人)氏名＞ \_\_\_\_\_