

重要事項説明書

【地域密着型通所介護サービス】

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第37号第8条を準用して、第119条に基づいて、当事業者があなたに説明すべく事項は次のとおりです。

1. 事業者

法人の名称	社会福祉法人Q・O・L福祉会
法人所在地	富山県高岡市京田281-1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 北林 和正
電話番号	0766-50-8773

2. ご利用施設

施設名称	通所介護 雅ーみやびー
施設所在地	富山県高岡市京田281-1
管理者	平田 洋介
電話番号	0766-50-8773
FAX番号	0766-50-8873
サービスを提供する 通常の実施地域	高陵・下関・平米・定塚地区

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	富山県知事事業者指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
地域密着型通所介護	令和6年3月1日	1690200918	18人
第1号通所事業 (通所型サービスA)	令和6年3月1日	16A0200204	3人
居宅介護支援事業所	令和6年3月1日	1670202173	29人
地域密着型小規模特別 養護老人ホーム	令和6年3月1日	1690200926	

4. 事業の目的と運営の方針等

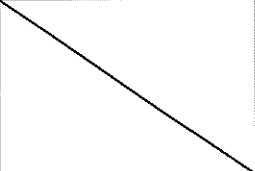
事業の目的	要介護状態または、要支援状態にある高齢者に対し、適正な介護サービスを提供する。
運営の方針	要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

5. 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地	1198.17 m ²
建物	構造 鉄骨4階建て
	延べ床面積 1241.96 m ²
利用定員	18 名

(2)主な設備(短期入所と一部共用)

設 備 の 種 類	室 数	面 積	1人あたりの面積	備 考
食 堂 兼 機 能 訓 練 室	1室	79.14 m ²		
一 般 浴 室	1室	11.19 m ²		
機 械 浴 室	3階1室	8.65 m ²		
相 談 室	1室	8.56 m ²		
静 養 室	1室	8.63 m ²		

6. 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	人数
管 理 者	1名
生 活 相 談 員	1名以上
看 護 職 員	1名以上
介 護 職 員	常勤換算 1.6名以上
機能訓練指導員	1名

(職員数には兼務者を含み、また、指定基準を遵守しています)

7. 営業日および営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日(国民の祝日も営業、土・日曜日、年末年始は休業)
営 業 時 間	8時30分～17時00分
サービス提供時間	9時00分～16時15分

8. 利用料金

介護保険法の改定等や当施設側の都合により、利用料金の額に変更がある場合は、別紙(料金表のご案内)の変更箇所を書面にて説明をおこない、本人または代理者の同意を得た上でご請求させていただきます。

別紙1、2、3(料金表のご案内)を参照

9. 料金のお支払い方法

料金・費用は毎月15日までに前月分の利用料金等を請求しますので、25日までに下記の方法でお支払いください。
① 当施設口座へ振り込みによりお支払いいただく方法 (振込み手数料はご負担ください。) ※ ご利用者のお名前で振込をお願いします。 (口座名は シャカイフクシホウジン キューオーエルフクシカイ) 福井銀行 高岡 支店 (普通) 6024489
② 預金口座振替にて引落しにより、お支払いいただく方法 (預金口座振替依頼書にお申込みいただきます。)

お支払いを確認いたしましたら、領収書をお渡しいたしますので必ず保管をお願いします。

10. 通所サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバランスよくバラエティに富んだお食事を提供いたします。 食材料費については給付対象外です。
入 浴	必要な方は職員が介助いたします。 ご利用者の健康状態、日常生活レベルにより、シャワー 浴、機械による入浴、または清拭を行います。
排 泄 の 介 助	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
口 腔 ケ ア	口腔内の清潔保持のため、毎食後ご利用者に応じた口腔ケアを実施いたします。必要な方は職員が介助いたします。
整 容	起床時、臥床時の更衣及び整容の援助を、ご利用者の心身の状況に応じて行います。
機 能 訓 練	ご利用者の身体状況に合わせた介助を行うことにより、身体機能低下を防止するように努めます。また、体操・レク活動・行事を通じて、健康維持・増進に努めます。
健 康 管 理	入浴前に看護職員が健康状態を確認いたします。 利用時間中、看護職員が状態を把握し異常があればご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。
相 談 及 び 援 助	ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ可能な限り必要な援助を行うように努めます。
送 迎	身体状況など一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付送迎車などで送迎を行います。ご家族による送迎も可能です。

(2) 介護給付外サービス

サービスの種類	内 容
食 事 の 提 供	栄養士による食材の検収により、新鮮で良質な食材を提供いたします。
オ ム ツ の 提 供	ご利用者の状況によっては、施設に用意したおむつを提供いたします。
レクリエーション行事	行事計画に基づき、各種レクリエーションを提供いたします。

11. サービス利用の中止

ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。
当日のキャンセルにつきましては下記の食費相当額のキャンセル料をいただきますのでご了承ください。

キ ャ ン セ ル 料	食費相当額
-------------	-------

12. 苦情 相談等の窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

① 当 施 設 相 談 室	窓口担当者 (生活相談員 山下 亜希枝)
	苦情解決責任者 (総括施設長 平田 洋介)
	ご利用時間 毎日午前8時30分～午後5時15分
	ご利用方法 電 話 0766-50-8773
	F A X 0766-50-8873
	直接ご面談などによる

公的機関においても、次の機関において苦情申立等ができます。

② 行 政 機 関	高岡市長寿福祉課 TEL 0766-20-1165 FAX 0766-20-1364 〒933-8601 富山県高岡市広小路7番50号（高岡市役所2階）
	富山県国民健康保険団体連合会 TEL 076-431-9827 FAX 076-431-9834 〒930-8538 富山県富山市下野字豆田995番地3号
	富山県福祉サービス運営適正化委員会 TEL 076-432-3280 FAX 076-432-6532 〒930-0094 富山県富山市安住町5-21 富山県総合福祉会館 2階

第三者委員も苦情相談を受け付ける事ができます。

③ 第三者委員	民生委員 鍛冶 弥生 TEL 090-2373-7755 〒933-0874 富山県高岡市京田354番地
---------	--

13. 非常災害時の対策

非 常 時 の 対 応	別途定める『社会福祉法人Q・O・L福祉会 消防計画』のっとり、対応いたします。	
平 常 時 の 訓 練 等 防 火 設 備	別途定める『社会福祉法人Q・O・L福祉会 消防計画』のっとり、年2回以上サービス提供時を想定した避難訓練を行います。	
消 防 計 画 等	消防署への届出日	
	防火管理者	平田 洋介

14. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業所等に連絡する等、必要な措置を講じます。

15. 損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲において利用者に対してその損害を賠償します。

※事故発生時の対応

- (1) 事業者は、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は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。
- (2) 事業者は前項の事故の状況及び事故に際してとった処置を記録しておく。
- (3) 事業者は、利用者に対するサービスの提供により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う。

16. 秘密保持について

当事業所及び従業員は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得たご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

当事業所は、従業員が退職後在職中業務上知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業所は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができるものとします。

事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（磁気媒体情報及び伝送情報を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩を防止するものとします。

17. 通所介護計画の作成について

居宅サービス計画の内容に沿ってご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、地域密着型通所介護計画を作成します。地域密着型通所介護計画の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はその家族に対して説明し利用者の同意を得るとともに地域密着型通所介護計画を交付いたします。

18. 当施設を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ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。 1階玄関、通用品、エレベーターは電子ロックになっています。
喫煙・飲酒	喫煙は施設内の決められた場所以外ではお断りします。 飲酒は原則的にご遠慮願います。
迷惑行為等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品、現金等の管理	基本的に個人で管理していただきます。
宗教活動・政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮下さい。
その他	利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。 飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りさせていただきます。

19. 事故発生時の対応

当施設は、事故発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければならない。

- ア) 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- イ) 事故が発生した場合、又はそれに至る可能性がある事態が生じた場合に当該事実が報告されその分析を通じた改善策について職員に周知徹底を図る体制を整備すること。
- ウ) 事故発生の防止のための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)及び職員に対する研修を定期的に行うこととする。
- エ) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
- オ) 利用者の処遇により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- カ) 利用者の前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録しなければならない。

20. 第三者評価の実施状況

実施なし

21. 感染症の予防及びまん延防止のための措置(衛生管理を含む)

- (1) 事業所は、施設における感染症の発生または食中毒の予防及びまん延の防止のため必要な措置を講ずるとともに、必要に応じて保健所の助言・指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (2) 感染症の発生または食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底図ります。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備を行います。
- (4) 従業者に対し、感染症の予防およびまん延の防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。

22. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

23. 虐待防止について

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するための指針を整備するとともに、従業員に周知徹底を図り、虐待の防止のための研修を定期的 to 実施します。また、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに市町村に通報します。

24. 身体拘束等の原則禁止

- (1) 利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- (2) 従業員に対し、身体的拘束の防止のための研修を定期的 to 実施します。

25. ハラスメント対策

事業者は、適切な地域密着型通所介護等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又は優越的な関係を背景とした言動であった常務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就労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。

重要事項同意書

令和 年 月 日

指定地域密着型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。

指定地域密着型通所介護事業者 通所介護 雅－みやび－

説明者職名 生活相談員 氏 名 田村 愛莉

私は、本書面に基づいて、事業所から重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者 住 所
氏 名 _____

ご利用者の家族等 住 所
氏 名 _____
続 柄 _____