

重要事項説明書

(通常規模型通所介護、

介護予防・日常生活支援総合事業[通所型サービス]

わたぼうし

指定番号 第 1770700381 号

重要事項説明書

(通常規模型通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業[通所型サービス])

1. 事業者概要

法人名	特定非営利活動法人 わたぼうし
法人所在地	石川県羽咋市深江町ト107番地1
電話番号	0767-22-8702
FAX 番号	0767-22-8703
代表者氏名	理事長 大窪 哲夫
設立年月日	平成31年3月26日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定通常規模型通所介護事業所 介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）
指定番号	1770700381
事業所の目的	要介護状態又は要支援状態等の高齢者に、適切な通所介護サービス、又は介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）を提供します。
事業所の名称	リハビリデイサービス わたぼうし
事業所の所在地	石川県羽咋市深江町ト107番地1
電話番号	0767-22-8702
FAX番号	0767-22-8703
事業所の管理者	大畠 豊
運営方針	<ul style="list-style-type: none">・日常生活上の世話及び機能訓練等により利用者が有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようになります。・利用者の意思及び人格を尊重したサービスを提供します。・利用者の社会的孤立感の解消や心身機能の維持、家族の介護負担の軽減を図るものとします。
開設年月	令和元年5月1日
サービス提供地域	羽咋市

3. 事業所の設備概要

建物の構造	鉄筋造1階建
延べ床面積	194.89㎡
利用定員	月曜日～金曜日 1日合計40名 「1単位（午前）20名・2単位（午後）20名」
設備	機能訓練室 静養室 トイレ2ヶ所 相談室 浴室 脱衣室 キッチン 事務室
消防設備	消火器1ヶ所 避難誘導灯 住宅用火災報知機

4. 職員体制

管理者	生活相談員	機能訓練指導員	介護職員	看護職員
1名	1名以上	個別機能訓練加算（I）口 担当2名以上	2名以上	1名以上

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 (土・日曜日、祝祭日、12月30日から1月3日休業)
営業時間	月曜日～金曜日 午前8時15分～午後5時15分
サービス提供時間	月曜日～金曜日（冬）11月～3月午前8時40分～午前11時40分 （夏）4月～10月午前8時30分～午前11時30分 月曜日～金曜日 午後1時30分～午後4時30分

6. 提供するサービスと利用料金

提供するサービス	<ol style="list-style-type: none">1. 健康管理にかんする援助2. 生活動作の改善又は維持のための機能訓練3. 排泄の自立援助4. 利用者・家族に対する相談、助言等の援助5. 送迎6. レクリエーション、行事等のサービスの提供
利用料金	利用料は介護保険の法定利用料に基づく金額です。 利用者の方からいただく利用者負担金は別紙料金表のとおりです。なお、介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には全額自己負担となります。

その他の費用	作業材料費、送迎費やその他日常生活上必要となる諸費用は別紙料金表とおりです。 また、通常の事業の実施地域を越える場合の交通費は、その実費を徴収します。自動車を使用した場合の交通費は、通常の事業の実施地域（4km）越えた地点から1km当たり50円を徴収します。また、少人数乗車希望等による個別送迎は1回500円を徴収するものとします。その他有料となるものがあります。
利用中止、変更	できるだけ早く事業所の生活相談員等にご連絡ください。
利用料金のお支払い方法	口座引き落とし

7. 通所介護計画の同意と交付

1. 通所介護計画（介護予防通所介護計画を含む）原案を作成した場合は、利用者に対して説明し、文章で利用者の同意を得るものとします。
2. 確定した通所介護計画については、利用者に交付するものとします。

8. サービス利用に際しての留意事項

健康管理	利用者は通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）の提供を受ける際には、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を通所介護従事者に連絡してください。
持ち物	指定の物品等を持参してください。
金銭・貴重品	必要以上の金銭・貴重品は持たずにお越しください。
食べ物の持ち込み	健康上の理由などがあるため、職員にお尋ねください。
宗教・政治活動等	職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営業活動はご遠慮ください。

9. 事故発生時における対応方法

利用者に対する通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）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するとともに、必要な措置を講ずるものとします。

10. 緊急時における対応方法

通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）の提供中に利用者に緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講ずるものとして

利用者の主治医 （医療機関名 医師名 ）

緊急連絡先の家族等（ ）

11. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画と風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成するとともに、責任者を定め、当該計画に基づく次の業務を実施します。

- I、消火、通報及び避難の訓練（年二回以上）
- II、消防設備、施設等の点検及び整備
- III、従業者の火気の使用又は取扱いに関する監督
- IV、その他防火管理上必要な業務

12. 相談・苦情受付、解決について

当事業所では、利用者及びご家族からの苦情等の申し出があれば、お気軽にお電話や送迎時にお伝えください。解決につきましては、迅速に職員間で対処し、その結果をご報告させていただきます。

苦情相談窓口 連絡先 対応時間
責任者 大畠 豊 TEL 0767-22-8702
FAX 0767-22-8703 8：15～17：15

行政窓口

苦情相談窓口	連絡先	対応時間
羽咋市 健康福祉課	TEL 0767-22-5314 FAX 0767-22-3995	8：30～17：15
宝達志水町 健康福祉課	TEL 0767-28-5506 FAX 0767-28-5569	8：30～17：15
中能登町 長寿介護課	TEL 0767-72-3133 FAX 0767-72-3794	8：30～17：15
志賀町 健康福祉課	TEL 0767-32-1111 FAX 0767-32-0288	8：30～17：15
国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情110番	TEL 076-231-1110 FAX 076-231-1601	9：00～17：00

1 3. 守秘義務及び個人情報の保護（委員会 代表 管理者 大島 豊）

事業者及び事業所のすべての職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族に関する秘密を正当な理由なくして第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、本契約が終了した後において継続します。

事業者は利用者又はその家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議などにおいて、利用者又はその家族の個人情報を用いません。

事業者は、事業所の従事者であった者が、その業務上知り得た利用者又はその家族個人情報を漏らすことがないよう、秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

1 4. 高齢者虐待の防止（委員会 代表 管理者 大島 豊）

利用者などの人権擁護・虐待防止のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- ② 個別の支援計画の作成など、適切な支援に努めます。
- ③ 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待をうけたと思われる利用者を発見した場合、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

1 5. 身体拘束の禁止（委員会 代表 管理者 大島 豊）

当事業所及び従事者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、下記のような緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。なお、緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、利用者やその家族に拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等について説明し、文書による同意を得ることとします。

緊急やむを得ない場合

- ・利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
- ・身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がない場合
- ・身体拘束その他の行動制限が一時的なものである場合

・委員会、研修会は法廷通りに実施しています。

連絡先は、管理者 大島 豊 （リハビリデイサービスわたぼうし 0767-22-8702）

1 6. 提供するサービスの第三者評価の実施状況はなし。

令和 年 月 日

通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 石川県羽咋市深江町ト107番地1
名 所 特定非営利活動法人 わたぼうし
理事長 大窪 哲夫

説明者 氏 名

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、通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）の提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名

代理人（ご家族） 住 所

氏 名