

## 通常規模通所介護 重要事項説明書

サービスの提供開始にあたり、当事業所が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

|          |                                    |
|----------|------------------------------------|
| 名称・法人の種別 | 社会福祉法人 大垣市社会福祉協議会                  |
| 代表者氏名    | 会長 金森 勤                            |
| 所在地      | 大垣市馬場町124                          |
| 連絡先      | 電話：0584-78-8181 F A X：0584-81-6200 |
| 設立年月日    | 昭和50年3月14日                         |

### 2 事業所の概要

#### (1) 事業所名称及び事業所番号

|             |                                    |            |
|-------------|------------------------------------|------------|
| 事業所名        | 上石津デイサービスセンター                      |            |
| サービスの種類     | 通常規模通所介護                           |            |
| 所在地         | 大垣市上石津町牧田4690-2                    |            |
| 連絡先         | 電話：0584-48-0061 F A X：0584-46-3308 |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成18年3月31日 指定                      | 2172101285 |
| 管理者氏名       | 平松 昌也                              |            |
| 利用定員        | 1日につき30名(介護予防・日常生活支援総合事業を含む)       |            |
| 実施地域        | 大垣市                                |            |

#### (2) 事業の目的と運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 利用者の心身の特性を踏まえ、利用者が可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ日常生活を営むことができるようサービスを提供する。   |
| 運営の方針 | 事業所は、介護保険法その他関係法令の定めに基づき、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 |

### 3 サービスの内容

通所介護は、事業者が運営する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、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なうことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

### 4 営業日時

|          |  |
|----------|--|
| 営業日      | 月曜日から土曜日まで<br>ただし、年末年始(12月31日から1月3日)を除きます。 |
| 営業時間     | 午前8時30分から午後5時15分まで                         |
| サービス提供時間 | 午前9時30分から午後4時30分まで                         |

## 5 職員の体制

| 職 種               | 常 勤 | 非 常 勤 |
|-------------------|-----|-------|
| 管理者・生活相談員         | 1   |       |
| 生活相談員・介護職員        | 1   | 2     |
| 介護職員              | 4   | 1     |
| 看護職員・介護職員・機能訓練指導員 | 2   |       |

## 6 利用料

- (1) サービスを利用した場合の「基本利用料」は、別添『料金表』のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として各利用者の基本利用料に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただきます。
- (2) 基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

## 7 支払い方法

当月の利用料を、毎月翌月28日に口座引き落としの方法でお支払いください。これにより難しい場合は別の方法で対応いたします。

## 8 衛生管理

事業所は、利用者の使用する施設、設備又は飲用に供する水等について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

## 9 緊急時における対応方法

事業所は、サービスの提供中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の必要な措置を講じます。

## 10 事故発生時の対応

事業所は、サービスの提供中に事故が発生したときは、利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 11 虐待の防止

利用者の人権を尊重する視点に立ったサービスに努め、虐待防止に必要な措置を講じます。

## 12 損害賠償について

事業所の責任により利用者に生じた損害については、全国社会福祉協議会「総合補償プラン」により補償いたします。

### 13 苦情の受付

#### (1) 苦情・相談受付

|         |   |
|---------|---|
| 苦情申出窓口  | 社会福祉法人 大垣市社会福祉協議会<br>住所：大垣市馬場町 124 電話：0584-78-8181                          |
| 苦情解決責任者 | 大橋 奈麻輝（社会福祉協議会事務局長）   |
| 苦情受付担当者 | 小倉 隆 司（社会福祉協議会経営企画課長）   |
| 第三者委員   | 廣瀬 好 男（連絡先 81-2869）<br>平下 和 代（連絡先 058-272-3872）<br>大野 耕 司（連絡先 058-278-3602） |

#### (2) 苦情解決の方法

|              |   |
|--------------|---|
| 苦情受付         | 面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。また、第三者委員に直接苦情を申し出ることが出来ます。  |
| 苦情受付の報告、確認   | 苦情受付担当者が受けた苦情は、苦情解決責任者と第三者委員に報告いたします。ただし、苦情申出人が、第三者委員への報告を拒否された場合は、その報告は行いません。<br>また、第三者委員は、苦情の内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨の通知を行います。              |
| 苦情解決のための話し合い | 苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち会いによる話し合いは、次により行います。<br>ア 第三者委員による苦情内容の確認<br>イ 第三者委員による解決案の調整、助言<br>ウ 話し合いの結果や改善事項の確認 |

#### (3) 解決が困難な苦情についての窓口

|                  |  |
|------------------|--|
| 本事業所で解決できない苦情の相談 | 岐阜県社会福祉協議会内運営適正化委員会<br>住所：岐阜市下奈良 2-2-1 電話：058-278-5136 |
|------------------|--|

#### (4) 行政機関その他苦情受付機関

|                |                                 |
|----------------|---------------------------------|
| 大垣市役所介護保険担当課   | 住所：大垣市丸の内 2-29 電話：0584-81-4111  |
| 岐阜県国民健康保険団体連合会 | 住所：岐阜市下奈良 2-2-1 電話：058-275-9826 |

### 14 サービスの利用に関する留意事項

- (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します。
- (3) 体調や容態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、担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業所は、利用者へのサービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

担当者 \_\_\_\_\_ ⑩

事業所 住 所 大垣市馬場町124  
事業者名 社会福祉法人 大垣市社会福祉協議会  
代表者名 会 長 金 森 勤 ⑩  
電話番号 (0584) 78-8181

( 上石津デイサービスセンター  
大垣市上石津町牧田4690-2  
(0584) 48-0061 )

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同意しました。

利用者 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号

上記代理人(代理人を選定された場合)

住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号

立会人 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号

※立会人は必要に応じて選定していただくとともに、契約内容を確認し、緊急時等に利用者の立場に立って、事業所との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人の方は契約上の法的な義務等を負うものではありません。