

「通所介護・第1号通所事業（通所型サービスA）」

重要事項説明書

あなたに対する通所介護または第1号通所事業（通所型サービスA）の提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称および法人種別	医療法人社団 涛々会
主たる事務所の所在地	富山県氷見市北大町11番11号
代表者名	理事長 加藤 裕明
電話番号	0766-72-0608

介護保険法令に基づき 富山県知事から指定を受けている事業所名称・ 指定番号	(事業名所) フィットネスデイサービス「オレンジ・FIT」 (指定番号) 1670500816
第三者評価の実施状況	実施なし

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	フィットネスデイサービス「オレンジ・FIT」
指定番号	1670500816
所在地	富山県氷見市北大町11番17号
電話番号	0766-50-9096
通常の事業の実施地域	氷見市（島しょ部を除く）・高岡市（島しょ部を除く）

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護・要支援・事業対象者状態の利用者に可能な限りその居宅において、自立した日常生活上の支援および機能訓練を行うことにより、要介護・要支援者の生活機能の維持または向上を目指すものとする。
運営の方針	利用者の要介護・要支援・事業対象者状態の軽減若しくは悪化の防止になることに資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。

4 ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の 従業員の職種	資格	員数	勤務の体制	職務の内容
管理者		1人	常勤1名	事業所の従業員の管理および業務の管理を一元的に行う。事業者および業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うと共に、法令等において規定されている事業の実施に関し、事業所の従業員に対し遵守すべき事項について指揮命令を行う。
生活相談員	社会福祉士 社会福祉主事等	2人	常勤2名	利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供できるように、事業所内のサービスの調整、居宅介護支援事業者等他の機関と連携し必要な調整を行う。
看護職員	看護師または 准看護師	1人以上	非常勤1名以上	各利用者の健康管理及び心身状態の把握を行う。
介護職員		2人以上	常勤2名以上	サービスの提供に当たり、利用者の心身の状態等を的確に把握し、適切な介助を行う。
機能訓練指導員	理学療法士 看護職員	1人以上	常勤1名以上	利用者が日常生活を営むのに必要な機能の低下を防止するために必要な機能回復訓練、助言を行う。

5 営業時間

営業日	月曜日～金曜日（平日）
営業時間	8：30～17：30 サービス提供時間 1単位目： 9：00～12：00 利用定員：20名 2単位目：14：00～17：00 利用定員：20名
休館日	土曜日・日曜日・祝祭日・お盆12日～16日・年末年始29日～3日

6 サービスの概要

※別紙参照

・介護保険対象サービス料金の負担割合については、介護保険負担割合証に基づき記載された負担割合を乗じた金額をお支払いいただきます。

7 その他の実費

交通費

(1) 利用者が通常の事業の実施地域を越えて、中山間地域等に居住する場合、サービスを提供する際には、所定単位数の5%を加算いたします。

その他

内 容	詳 細	金 額
活動費	レクリエーションや外出の際必要になる経費	実費
喫茶代	喫茶を提供します。	150円/日
複写物の交付	サービス記録等を希望された時は、お渡しします。	書類関係1枚11円
実費	紙おむつ・紙パンツ 尿取りパッド	150円/枚 30円/枚

8 苦情申立窓口

① 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。

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間 平日 午前9時00分～午後5時30分
担当 山本 猛	ご利用方法 電話 0766-50-9096 事業の休業日および窓口開設時間外は、携帯電話により対応いたします。 携帯電話番号：090-7745-1187

相談等を受けた後、事業所は速やかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の有無並びに改善の方法について、問い合わせ者又は申し立て者に文書で報告します。

事業所は疑問、問い合わせ及び苦情申し立てがなされたことをもって、利用者に対しいかなる不利益、差別的取扱いもいたしません。

② 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。

富山県国民健康保険団体連合会	所在地：富山市下野字豆田995番地の3 電話番号：076-431-9827
富山県福祉サービス運営適正化委員会	所在地：富山市安住町5-21 富山県総合福祉会館 (サンシップとやま) 2階 電話番号：076-432-3280
氷見市福祉介護課	所在地：氷見市鞍川1060 電話番号：0766-74-8111
高岡市高齢介護課	所在地：高岡市広小路7-50 電話番号：0766-20-1365

9 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	医療法人社団 涛々会 加藤医院
	院長名	加藤 裕明
	所在地	富山県氷見市北大町11番11号
	電話番号	0766-72-0608
	診療科	内科, 外科, 胃腸科
	入院設備	なし
	救急指定の有無	なし
	契約の概要	当事業者と加藤医院は、協力医療機関の契約を締結しています。
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

10 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、家族へ連絡するとともに、必要に応じ速やかに市町村への連絡など、必要な措置を講じます。
- 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について記録を行います。
- ③ 賠償すべき事故の場合は損害賠償を速やかに行います。

11 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（管理者 山本 猛）
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
避難訓練実施時期：（毎年2回 4月・8月）
- ④ ③の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

12 虐待の防止について

当事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者：管理者 山本 猛
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 職員に対して、虐待防止を啓発するための研修を実施しています。
- ④ サービス提供中に、当事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、速やかにこれを市町村に通報します。

13 身体拘束について

当事業者は、原則として利用者に身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明を行い、同意を得た上で次に掲げることにより留意し、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また、当事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ① 緊急性…直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- ② 非代替性…身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- ③ 一時性…利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合

は、直ちに身体拘束を解きます。

14 業務継続計画（BCP）について

当事業者は、感染症や非常災害等の発生において、業務を継続的に実施、再開するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 業務継続計画（BCP）を策定し、職員に対し周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- ② 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて計画の変更を行います。

15 介護サービスの利用にあたっての留意事項

・禁止行為

- ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ② 職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ③ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲に対する通所介護・第1号通所事業（通所型サービスA）の提供開始に当たり、甲に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 通所介護・第1号通所事業（通所型サービスA）
医療法人社団 涛々会

主たる事務所所在地	富山県氷見市北大町11番17号
名称	フィットネスデイサービス「オレンジ・FIT」
説明者 所属	フィットネスデイサービス「オレンジ・FIT」
氏名	山本 猛 印

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けました。
私は、通所介護・第1号通所事業（通所型サービスA）の提供開始に同意します。

(甲) 利用者 住所

氏名 印

(甲) 利用者の家族 住所

氏名 印