

## デイサービスセンター「フローラ」：指定通所介護サービス重要事項説明書

<2025年1月1日現在>

ご利用者に対する指定通所介護サービス提供にあたり、当事業所がご利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

### 1. 事業者の概要

名 称	有限会社ハッピーメディック
代表者名	代表取締役 松本 亜紀
所在地・連絡先	〒515-0045 三重県松阪市駅部田町 1619 番地 3 (電話) 0598-26-3555 (FAX) 0598-26-8430

### 2. 事業の目的

- ・指定居宅サービスに該当する通所介護サービスの適正な運営を図るため、必要な基本的事項を定め、事業所の管理者や従業員が、要支援・要介護状態にある高齢者に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。

### 3. 運営の方針

- (1) 居宅サービス計画に基づき、要支援及び要介護状態になった場合においてもその利用者が、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう利用者の心身の機能維持・回復をめざす。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって指定通所介護サービスを提供するよう努める。
- (3) 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、主治医、福祉サービスの担当者と密接な連携に努める。

### 4. 事業所の名称

名 称	有限会社ハッピーメディック デイサービスセンター「フローラ」
管理者名	西岡 佳郎
所在地・連絡先	〒515-0052 三重県松阪市山室町 690-2 (電話) 0598-60-2666 (FAX) 0598-60-2678
サービスの種類	通所介護
指定年月日	平成 19 年 12 月 1 日
事業者番号	2470701539
事業所の規模	通常規模型事業所
定員	30 名

### 5. 事業実施地域

- ・通常事業の実施地域：松阪市（旧飯高町・旧三雲町は除く。）

## 6. 営業時間

営業日	月曜～土曜日 (但し、1月1日は休業日とする。)
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前8時30分～午後4時15分

## 7. 従業員の職種、員数

従業者の職種	常勤		非常勤		職務の内容
	専	兼	専	兼	
管理者		1			通所介護サービスの業務を統括し、適切な運営管理に努める。
生活相談員	1	1			利用者等及び家族の相談、市町村等関係機関との連携、ボランティアの指導等に従事する。
看護職員			1		利用者の健康管理及び機能訓練等に従事する。
介護職員	7		3		看護職員との連携を保ち、利用者の日常生活の介護、及び機能訓練等の援助に従事する。
機能訓練指導員			1		利用者の日常的な機能訓練指導に従事する。

## 8. サービスの内容

・当事業所では、ご契約者に対して、下記のサービスを提供いたします。

1	通所介護計画の立案
2	食事：昼食－12時00分～12時30分
3	入浴：一般浴槽か機械浴槽（特浴）の利用となります。 ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。
4	看護
5	介護
6	機能訓練
7	相談援助サービス
8	基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所介護サービス利用時間の終了に間に合わない場合に適用）。
9	行政手続代行
10	その他

※これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

## 9. サービスの利用料・費用

(1) 利用者及び連帯保証人は、連帯して、当事業所に対し、通所介護サービスの対価として、＜別紙1＞の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

但し、当事業所は、利用者の経済状態等に変動があった場合、別紙利用料金を変更することがあります。

(2) 介護保険対象のサービス利用料

※＜別紙1＞に定めるとおり。

(3) 介護保険対象外の費用

※＜別紙1＞に定めるとおり。

※レクリエーションの充実

主に、カラオケ・季節の行事（四季の花見ツアー、夏祭り、クリスマス等）・作品制作・おやつレクを実施、年間の思い出をアルバムにしてお渡しいたします。

「レクリエーションに（  参加します  参加しません）」

(4) お支払い方法

・当事業所は、利用者及び連帯保証人が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月15日までに送付し、利用者及び連帯保証人は、連帯して、当事業所に対し、当該合計額をその月の25日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

いずれかの支払い方法及び口座をお選びください。

## 10. 利用の中止、解除、変更等

(1) 利用者からの解除

・利用者及び連帯保証人は、当事業所に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、通所介護サービスの利用を解除・終了することができます。

なお、この場合利用者及び連帯保証人は、速やかに当事業所及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由なく、通所介護サービス実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当事業所にお支払いいただきます。

(2) 当事業所からの解除

・当事業所は、利用者及び連帯保証人に対し、次に掲げる場合には、通所介護サービスの利用を解除・終了することができます。

①利用者が要介護認定において自立と認定された場合

②利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合

③利用者及び連帯保証人が、本重要事項説明書に定める利用料金を1か月分以上滞納しその支払いを督促したにも関わらず14日間以内に支払われない場合

④利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、入院・入所等により当事業所での適切な通所介護サービスの提供を超えると判断された場合

⑤利用者又は連帯保証人が、当事業所、当事業所の職員又は他の利用者等

に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合

- ⑥天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により利用させることができない場合

## 11. 苦情相談について

### (1) 当事業所における苦情相談の受付

- ・利用者及び連帯保証人は、当事業所の提供する通所介護サービスに対しての要望又は苦情等について、担当生活相談員に申し出ることができ、又は、備え付けの用紙、管理者宛ての文書で、所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

窓口担当者	デイサービスセンター「フローラ」生活相談員
受付日	月曜日～土曜日
受付時間	午前8時30分～午後5時30分
電話	0598-60-2666

- (2) 提供するサービスに関して市町村からの文書の提出・提示の求め、または、市町村職員からの質問・紹介に応じ、利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会の調査に協力すると共に国民健康保険団体連合会から指導・助言を得た場合は、それに従い、必要な改善を行う。

### ※行政機関その他苦情受付機関

松阪市役所 健康福祉部	三重県松阪市殿町 1340-1 電話番号：0598-53-4058
国民健康保険団体 連合会介護保険課	三重県津市桜橋 2 丁目 96 番地 三重県自治会館 2 階 電話番号：059-213-6500（介護審査係） 059-222-4165（苦情相談窓口）

- (3) 苦情の内容等の記録を整備する。

## 12. 衛生管理等

- (1) 利用者は健康に留意し、サービス提供にあたり体調上の配慮を受けたい場合は、従業者に申し出ること。
- (2) 利用者は事業所の清潔、整頓、その他環境衛生の保持のために事業所に協力する。
- (3) 利用者は従業者が行う衛生知識の指導に協力する。
- (4) 施設は、利用者に使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的管理に努め、また衛生上必要な措置を講ずる。
- (5) 施設は、医薬品および医療用具の適正な管理に努める。
- (6) 施設は、従業員に対し感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、未然防止・蔓延防止に必要な措置を講ずる。
- (7) 従業員の健康管理として、年1回以上の健康診断を受診させるものとする。

### 13. 身体拘束及び虐待等の禁止

- (1) 施設は、当該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する。身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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するものとする。
- (2) 従事者は、利用者及び家族に対して、常に敬意を持って接し、心身に苦痛を与える行為や人格を辱める行為等を行ってはならない。

### 14. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。
- (2) 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います。ただし、事業所の責に記すべからざる事由による場合は、この限りではありません。
- (3) サービスの提供により事故が発生した場合には、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整備します。

### 15. 緊急時における対応方法

- (1) 当事業所は、利用者に対し、管理者の判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関の診療を依頼することがあります。  
【協力医療機関】：花の丘病院（松阪市山室町707 - 3）  
電話：0598－29－8700
- (2) 前項のほか、利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、速やかに主治医等に連絡するなど必要な措置を講じると共に、利用者及び連帯保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。主治医への連絡等が困難な場合は、医療機関への緊急搬送等必要な措置を講ずる。  
【緊急時の連絡先】  
※緊急時の場合には、「確認書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

### 16. 秘密保持及び個人情報の保護について

- (1) 従業員は、正当な理由なく、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密をもらさない。
- (2) 退職者が、正当な理由なく業務上知り得た利用者またはその家族の秘密をもらさないよう、必要な措置を講じる。
- (3) 居宅介護支援事業者等に対して、利用者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により利用者の同意を得る。
- (4) 施設は、利用者の個人情報については、利用目的を<別紙2>のとおり定め、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定したガイドラインを遵守し適切な取り扱いに努める。
- (5) 施設が得た利用者の個人情報については、施設での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又は代理人の了解を得るものとする。

## 17. 賠償責任

- (1) 施設は、通所介護サービスの提供に伴い、利用者が施設の責に帰すべき事由により損害を被った場合は、利用者に対し損害賠償を行います。
- (2) 施設は、利用者の責に帰すべき事由により施設が損害を被った場合は、利用者及び扶養義務者に対し連帯損害賠償を求めます。

## 18. 記 録

- (1) 当事業所は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備します。
- (2) 当事業所は、利用者に対する指定通所介護サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間は保管します。
  - ①通所介護計画
  - ②提供した具体的なサービスの内容等の記録
  - ③市町村への通知に係る記録
  - ④苦情内容等の記録
  - ⑤事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
- (3) 当事業所は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、連帯保証人その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

## 19. 非常時災害の対策

- (1) 非常時の対応
  - ・別に定める消防計画に基づき対応。
- (2) 防火・防災訓練
  - ・別に定める消防計画に基づき定期的実施。
- (3) 自然災害・感染症の対応
  - ・令和6年4月1日よりBCP（事業継続計画）策定の義務化に基づき当事業所にて計画書を作成。計画に基づき対応。

## 20. その他留意いただく事項

- ・サービス利用の際には、介護保険被保険者証と健康手帳を提示して下さい。
- ・施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
- ・決められた場所以外での喫煙はご遠慮下さい。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
- ・金銭・貴重品等は、自己の責任で管理して下さい。
- ・施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
- ・職員に対するお礼の品物等の心付けは事業所としてご遠慮しております。
- ・職員への暴言・暴力・ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合がございます。
- ・送迎時にはペットをゲージへ入れる、リードにつなぐ等のご協力をお願いいたします。職員がペットにかまれた場合、治療費等のご相談をさせていただきます場合がございます。

- ・その他本重要事項に定めない事項は、介護保険法令及びその関係法令の定めるところにより、利用者又は扶養義務者と施設が誠意を持って協議を行うこととします。

## 重要事項説明確認書

デイサービスセンター「フローラ」は、ご利用者に対する通所介護サービスの提供開始にあたり、本書に基づいて重要事項の説明をしました。

年 月 日

説明者： \_\_\_\_\_ 印

私は、本書に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

(利用者) 氏名： \_\_\_\_\_ 印

住所： 〒

電話：

(保証人) 氏名： \_\_\_\_\_ 印

住所： 〒

電話：

続柄：

### 緊急時連絡先等

請求書の 送付先	氏名		続柄	
	住所	〒		
	電話			
緊急時 連絡先	氏名		続柄	
	住所	〒		
	電話		携帯	
	勤務先			
	電話			