

「指定通所介護」重要事項説明書

(令和6年4月1日付改訂)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(鹿児島県指定 第4674700036号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
6. 個人情報等提供の同意について	17
7. 苦情の受付について	18
8. 利用者に対する虐待の防止等	18
9. 緊急時における対応について	18
10. 事故発生時の対応について	19
11. 第三者評価の実施	19

1. 事業者

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 双葉会 |
| (2) 法人所在地 | 鹿児島県出水市野田町下名4975番地2 |
| (3) 電話番号 | 0996-84-2904 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 来仙 隆洋 |
| (5) 設立年月 | 平成5年9月14日 |

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成12年2月25日指定
鹿児島県第4674700036号
※当事業所は特別養護老人ホーム野田の郷に併
設されています。
- (2) 事業の理念 『敬』『和』『愛』
利用者様への敬いの気持ちを忘れず和と愛情を
持って接します。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター野田の郷
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県出水市野田町下名4975番地2
- (5) 電話番号 0996-84-2904
- (6) 事業所長(管理者)氏名 両角 里香
- (7) 当事業所の運営方針
当事業所は、理念に基づき、質の高いサービスを提供していきます。
①個々を把握し、個々にあったケアサービスを提供していきます。
②リスクを防止し、安全・安心なサービスを提供していきます。
③笑顔、明るい態度・丁寧な言葉で接していきます。
④自己研鑽に努め、適切なサービスを提供していきます。
⑤職種間で連携を取り、適切なサービスを提供していきます。
⑥地域の社会福祉の発展に寄与していきます。
- (8) 開設年月 平成6年10月1日
介護保険サービス開始日 平成12年4月1日
- (9) 利用定員 48人
- (10) 当法人が行っている他の業務
[介護老人福祉施設] 平成12年4月1日指定 鹿児島県第4674700028号
[短期入所生活介護事業] 平成12年3月22日指定 鹿児島県第4674700028号
[介護老人福祉施設] 平成26年4月1日指定 鹿児島県第4670800897号
[訪問介護事業] 平成12年3月30日指定 鹿児島県第464700077号
[居宅介護支援事業] 平成11年9月29日指定 鹿児島県第4674700010号

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 出水市、阿久根市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日(祝日含む)
営業時間	9時00分～17時00分
サービス提供時間	9時30分～16時45分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

一般型・通常規模

令和3年4月1日現在

職 種	実人数 名	指定基準 名 〈 〉全事業合計（営業 7時間を基準）
1. 事業所長（管理者）	1名	〈1〉
2. 介護職員	注1	注1
3. 生活相談員	1名以上	1
4. 看護職員	1名以上	1
5. 機能訓練指導員	1名以上	1
6. 介護支援専門員	—	—
7. 管理栄養士	1名	〈1〉

注1)利用者数15人までは1以上それ以上5又は端数ごとに1加えた数以上

<主な職種の勤務体制>

職種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間： 8：30～17：30 9：30～18：30
2. 看護職員	勤務時間： 8：30～17：30 9：30～18：30
3. 機能訓練指導員	勤務時間： 8：30～17：30 9：30～18：30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、所得に応じて利用料金の9割・8割・7割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

- ① 生活指導
- ② 日常動作訓練・機能訓練

機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

- ③ 教養
- ④ 家族介護教室
- ⑤ 健康チェック
- ⑥ 送迎

居宅と事業所との送迎を行います。

〈サービス利用料金（1回あたり）〉（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。

原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額です。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、超えた額の全額をご負担いただきます。

介護保険事業

- ①【基本部分：通常規模型通所介護費】（前年度の1月あたりの平均利用延べ人数750人以内）

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費			
		基本利用料	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,700	370	740	1,110
	要介護2	4,230	423	846	1,269
	要介護3	4,790	479	958	1,437
	要介護4	5,330	533	1,066	1,599

	要介護 5	5,880	588	1,176	1,764
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	3,880	388	776	1,164
	要介護 2	4,440	440	880	1,320
	要介護 3	5,020	502	1,004	1,506
	要介護 4	5,600	560	1,120	1,680
	要介護 5	6,170	617	1,234	1,851
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	5,700	570	1,140	1,710
	要介護 2	6,730	673	1,346	2,019
	要介護 3	7,770	777	2,331	2,331
	要介護 4	8,800	880	1,760	2,640
	要介護 5	9,840	984	1,968	2,952
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	5,840	584	1,168	1,752
	要介護 2	6,890	689	1,378	2,067
	要介護 3	7,960	796	1,592	2,388
	要介護 4	9,010	901	1,802	2,703
	要介護 5	10,080	1,008	2,016	3,024
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	6,580	658	1,316	1,974
	要介護 2	7,770	777	1,554	2,331
	要介護 3	9,000	900	1,800	2,700
	要介護 4	10,230	1,023	2,046	3,069
	要介護 5	11,480	1,148	2,296	3,444
8 時間以上 9 時間未満	要介護 1	6,690	669	1,338	2,007
	要介護 2	7,910	791	1,582	2,373

	要介護 3	9,150	915	1,830	2,745
	要介護 4	10,410	1,041	2,082	3,123
	要介護 5	11,680	1,168	2,336	3,504

②【基本部分：大規模型通所介護費Ⅰ】（前年度 1 月当たりの平均利用延
人員 751 人～900 人）

所要時間 (1 回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費			
		基本利用料	利用者負担金		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	3,580	358	716	1,074
	要介護 2	4,090	409	818	1,227
	要介護 3	4,620	462	924	1,386
	要介護 4	5,130	513	1,026	1,539
	要介護 5	5,680	568	1,136	1,704
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	3,760	376	752	1,128
	要介護 2	4,300	430	860	1,290
	要介護 3	4,860	486	972	1,458
	要介護 4	5,440	540	1,080	1,620
	要介護 5	5,970	597	1,194	1,791
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	5,440	544	1,088	1,632
	要介護 2	6,430	643	1,286	1,929
	要介護 3	7,430	743	1,486	2,229
	要介護 4	8,400	840	1,680	2,520
	要介護 5	9,400	940	1,880	2,820

6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	5,640	564	1,128	1,692
	要介護 2	6,670	670	1,340	2,010
	要介護 3	7,700	770	1,540	2,310
	要介護 4	8,710	871	1,742	2,613
	要介護 5	9,740	974	1,948	2,922
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	6,290	629	1,258	1,887
	要介護 2	7,440	744	1,488	2,232
	要介護 3	8,610	861	1,722	2,583
	要介護 4	9,800	980	1,960	2,940
	要介護 5	10,970	1,097	2,194	3,291
8 時間以上 9 時間未満	要介護 1	6,470	647	1,294	1,941
	要介護 2	7,650	765	1,530	2,295
	要介護 3	8,850	885	1,770	2,655
	要介護 4	10,070	1,007	2,014	3,021
	要介護 5	11,270	1,127	2,254	3,381

③【基本部分：大規模型通所介護費Ⅱ】（前年度の 1 月当たりの平均利用
延人員 901 人～）

所要時間 (1 回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費			
		基本利用料	利用者負担金		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	3,450	345	690	1,035
	要介護 2	3,950	395	790	1,185

	要介護 3	4,460	446	892	1,338
	要介護 4	4,950	495	990	1,485
	要介護 5	5,490	549	1,098	1,647
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	3,620	362	724	1,086
	要介護 2	4,140	414	828	1,242
	要介護 3	4,680	468	936	1,404
	要介護 4	5,210	521	1,042	1,563
	要介護 5	5,750	575	1,150	1,725
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	5,250	525	1,050	1,575
	要介護 2	6,200	620	1,240	1,860
	要介護 3	7,150	715	1,430	2,145
	要介護 4	8,120	812	1,624	2,436
	要介護 5	9,070	907	1,814	2,721
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	5,430	543	1,086	1,629
	要介護 2	6,410	641	1,282	1,923
	要介護 3	7,400	740	1,480	2,220
	要介護 4	8,390	839	1,678	2,517
	要介護 5	9,390	939	1,878	2,817
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	6,070	607	1,214	1,821
	要介護 2	7,160	716	1,432	2,148
	要介護 3	8,300	830	1,660	2,490
	要介護 4	9,460	946	1,892	2,838
	要介護 5	10,590	1,059	2,118	3,177

8 時間以上 9 時間未満	要介護 1	6,230	623	1,246	1,869
	要介護 2	7,370	737	1,468	2,211
	要介護 3	8,520	852	1,704	2,556
	要介護 4	9,700	970	1,940	2,910
	要介護 5	10,860	1,086	2,172	3,258

新型コロナ対策として令和3年9月30日までは1月当たりの基本部分に0.1%を乗じた額となります。(四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は切り上げ)

ご契約者が要介護の認定を受けた後、まだ介護保険証をお持ちでない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。手続き後自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画又は、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

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くこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算 (I)	利用者の入浴を行った場合(1日につき) 入浴介助にかかわる職人に対し、入浴介助の研修を行うこと	400円	40円	80円	120円

入浴介助加算 (Ⅱ)	医師などが利用者の居宅を訪問し浴室における動作及び環境を評価し入浴計画を作成した後、入浴を行った場合 ただし、医師等による居宅訪問が困難な場合、介護職が訪問し、医師の指示の下、医師等が評価、助言を行うことが可能(1日につき)	550 円	55 円	110 円	165 円
中重度者ケア 体制加算	中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し指定通所介護を行った場合(1日につき)	450 円	45 円	90 円	135 円
科学的介護推進 体制加算	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況などに係る基本的な情報のデータ提出とフィードバック情報を活用した場合(1月につき)	400 円	40 円	80 円	120 円
個別機能訓練 加算(Ⅰ)イ	利用者ごとに機能訓練指導員(配置時間の定めなし)が利用者の居宅に訪問した上で個別機能訓練計画を作成し、その後、3ヶ月毎に1回以上、利用者の居宅を訪問し、計画に基づき、機能訓練士が直接、機能訓練を実施した場合(1日につき)	560 円	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練 加算(Ⅰ)ロ	利用者ごとに機能訓練指導員(配置時間の定めなし)が利用者の居宅に訪問した上で個別機能訓練計画を作成し、その後、3ヶ月毎に1回以上、利用者の居宅を訪問し、計画に基づき、機能訓練士が直接、機能訓練を実施し合計2名以上の機能訓練指導員を配置した場合(1日につき) イとロの併算定不可	760 円	76 円	152 円	228 円

個別機能訓練加算（Ⅱ）	Iに加え、個別機能訓練計画などの内容をデータ提出し、フィードバックを受けた場合（1月につき）	200円	20円	40円	60円
生活機能向上連携加算	通所介護事業所の職員とリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをする場合（1月につき）	1,000円	100円	200円	300円
ADL維持等加算（Ⅰ）	一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超え、そのADLのデータ提出しフィードバック情報を活用した場合（1月につき）	300円	30円	60円	90円
ADL維持等加算（Ⅱ）	一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超え、そのADLのデータ提出しフィードバック情報を活用した場合（1月につき）	600円	60円	120円	180円
認知症加算	看護職員と介護職員の配置を従前より十分に行い、更に認知症介護指導者研修等の修了者を配置し、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の割合が15%以上の場合（日常生活自立度Ⅲ以上の利用者のみ算定します。1日につき）	600円	60円	120円	180円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービスを提供した場合（1日につき）※ただし、認知症加算を算定している場合は、算定しない。	600円	60円	120円	180円

口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	①利用開始及び利用中 6 ヶ月ごとに口腔の健康状態について確認し、ケアマネジャーに情報を提供した場合 ②〃栄養状態〃 ①・②いずれも適合すること (1日につき)	200 円	20 円	40 円	60 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	Ⅰの①又は②に適合した場合 (1日につき)	50 円	5 円	10 円	15 円
栄養改善加算	低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に、管理栄養士が低栄養状態の改善等を目的に栄養食事相談等の栄養管理を行った場合。(3月以内の期間に限り1月に2回を限度とします)	2,000 円	200 円	400 円	600 円
栄養アセスメント加算	管理栄養士を1名配置し利用者ごとに栄養アセスメントを実施、利用者または家族へのその結果を説明し、栄養状態などの情報をデータ提出しフィードバック情報を活用した場合 (1月に)	500 円	50 円	100 円	150 円
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に、看護職員等が口腔機能の向上を目的に個別的に口腔清掃の指導若しくは実施をした場合、又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施をした場合。(3月以内の期間に限り1月に2回を限度)	1,500 円	150 円	300 円	450 円

口腔機能向上加算Ⅱ	Iの要件に加え、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画などの情報をデータ提出し、フィードバック情報を活用した場合（3月以内の期間に限り1月に2回を限度）	1,600円	160円	320円	480円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が70%以上、若しくはサービスを直接提供する者のうち勤続年数10年以上の者の占める割合が25%以上ある体制の場合（1日つき）	220円	22円	44円	66円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上ある体制の場合（1日つき）	180円	18円	36円	54円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が40%以上、若しくはサービスを直接提供する者のうち勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上ある体制の場合（1日つき）	60円	6円	12円	18円

感染症又は災害の発生を理由とする介護報酬による評価	感染症や災害の影響により利用延人数が減少した場合	基本報酬への3%加算又は事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例
---------------------------	--------------------------	---------------------------------

※令和6年5月まで

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が利用者に対して指定通所介護を行った場合	自己負担金＝ 月の介護報酬総単位×5.9%
---------------	--	--------------------------

介護職員等特定 処遇改善加算 (I)	経験・技能のある職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる賃金改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が利用者に対して指定通所介護を行った場合	自己負担金＝ 月の介護報酬総単位×1.2%
--------------------------	--	--------------------------

介護職員等ベースアップ等支援加算	介護職員の収入を引き上げる措置を講じるため創設された加算として都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が利用者に対して指定介護を行った場合	自己負担金＝ 月の介護報酬総単位×1.1%
------------------	---	--------------------------

令和6年6月以降

介護職員処遇改善加算	介護職員等の職場環境等の処遇改善を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が利用者に対してサービスを行った場合	処遇改善の取り組む状況によって下記の(I)～(IV)の加算を算定します。
------------	--	--------------------------------------

介護職員処遇改善加算 (I)

利用者負担金＝月の介護報酬総単位 (通所介護分) × 9.2%

介護職員処遇改善加算 (II)

利用者負担金＝月の介護報酬総単位 (通所介護分) × 9.0%

介護職員処遇改善加算 (III)

利用者負担金＝月の介護報酬総単位 (通所介護分) × 8.0%

介護職員処遇改善加算 (IV)

利用者負担金＝月の介護報酬総単位 (通所介護分) × 6.4%

【減算】

減算の種類	減算の要件	減算額	
		基本利用料	利用者減算額
送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合（片道につき）	470 円	47 円
業務継続計画（BCP）未策定減算	感染症や被害災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、および非常位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）を策定していない場合	所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算 令和 7 年 3 月 31 日までの間は減産を適用しません（経過措置 1 年間）	
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生または、その再発を防止するための措置が講じられていない場合	所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算	

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食事

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金（1 回あたり）	昼食	夕食	刺身
令和 3 年 8 月以降	586 円	544 円	200 円（11 月～3 月）

- ・ 当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間）

11：50～12：30 17：30～18：10

②事業の実施地域外の交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う指定通所介護に要した交通費その実費を徴収します。尚、自動車を使用した場合の交通費は、次の額

とします。

- ・事業の実施地域を越えた地点から片道 1 km 毎に 25 円

③レクリエーション、クラブ活動、園外活動について

計画した行事やレクリエーションやクラブ活動、または園外活動に参加していただくことができます。特別な行事又は申し出による特別なレク・クラブ活動、園外活動の場合は実費をいただくこともあります。

なお、本契約の締結により、園外活動の了解を得たものとします。㊦
(本契約における園外活動への参加は、希望しません。 ㊦)

④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただくことがあります。

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

- ・日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代：実費

その他：実費

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第 7 条参照)

前記 (1)、(2) の料金・費用は、一月分まとめて、翌月の 20 日に指定口座より引き落としとさせていただきます。(20 日が土・日・祝祭日の場合は翌平日となります。)

(4) 利用の中止、変更 (契約書第 8 条参照)

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。事業所の都合等により、利用できない場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
----------------------	----

利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 60% 食事代キャンセル料は 200 円
-----------------------	-------------------------------------

サービス利用日の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 個人情報等提供の同意について（契約第 11 条・第 12 条参照）

- (1) 当事業所におけるサービス事業の一環として、必要かつ正当な理由がある場合等においては、契約者の心身の状況等個人情報や家族及び個人に係わる関係情報を用いる事が出来るものとします。
- (2) 個人情報を取り扱うに当たっては、その利用目的を明示し、本人または、ご家族の同意を得ます。また、その目的の変更の際は、その内容を通知いたします。

<利用目的>

- ① 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- ② 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- ③ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ④ 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- ⑤ 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- ⑥ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- ⑦ その他サービス提供で必要な場合
- ⑧ 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

7. 苦情の受付について（契約書第 22 条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

[職名] 生活相談員 平 生治

○苦情解決責任者

[職名] 施設長 両角 里香
 ○受付時間 毎週月曜日～金曜日
 9:00～17:00

○連絡先 電話 0996-84-2904

また、苦情受付ボックスを施設内受付カウンターに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

出水市役所 介護保険担当課	所在地 鹿児島県出水市緑町1番地3 電話番号 0996-63-2111 FAX 63-0680 受付時間 8:30～17:00
阿久根市役所 介護保険担当課	所在地 鹿児島県阿久根市鶴見町200番地 電話番号 0996-73-1211 受付時間 8:30～17:00
国民健康保険団体連 合会	所在地 鹿児島市鴨池新町7番4号 市町村自 治会館3F 電話番号 099-206-1084 FAX 099-206-1068、 受付時間 8:30～17:00
福祉サービス運営適正 化委員会(事務局:鹿 児島県社会福祉協議 会)	所在地 鹿児島市鴨池新町1番7号 県社会福祉センター内 電話番号 099-286-2200 FAX 257-5707 受付時間 9:00～16:00(電話の場合) FAXは24時間対応

8. 虐待の防止について

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者 : 生活相談員 平生治

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針を整備しています。

(4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(現に擁護している家族・親族・同居人)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。

9. 緊急時、体調不良時における対応について

サービス提供中に、利用者の状態が急変・その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関やご家

族、居宅介護支援事業所に連絡する等の措置を講じます。

医療機関や自宅までの送迎は、特段の事情がない限りご家族にて実施していただきます。

10. 事故発生時の対応について（契約書第14条・第15条参照）

当施設において通所介護ご契約者へのサービス提供により事故が発生した場合は、必要に応じて速やかに、市町村・利用者のご家族・利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡し、同時に救急処置・受診・治療等必要な対応を、誠意をもって行なわせていただきます。

また、事故の状況、事故に際して採った処置については記録します。事故発生後速やかに原因の解明を行い、賠償に値すると判断された場合はもっとも速い時期にその手続きを行なわせていただきます。

原因の解明を受け再発防止策を検討し、速やかに実践すると共に防止に努めて参ります。

故意と思われるご契約者の行為による事故につきましては、別途話し合いの場をもち、その結果によっては、賠償できないこともあります。

11. 第三者評価の実施状況

現在、実施していません。

令和 年 月 日

指定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。

デイサービスセンター野田の郷
説明者職名 生活相談員 氏名 平生治 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意し、本書面を受領致しました。

利用者住所

氏名

ご家族住所

氏名

続柄