

重要事項説明書

(2025年4月1日 現在)

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電 話 0270-61-9395

担 当 管理者 強矢 美緒 生活相談員 三ヶ尻 恭子

*ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. デイサービスセンターたま の概要

(1)送迎できる範囲

名 称	デイサービスセンター たま
所 在 地	群馬県佐波郡玉村町下新田469
事業所番号	1072801119
送迎サービスを提供する対象地域*	玉村町、前橋市、高崎市、伊勢崎市

*上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください。

(2)職員の体制

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者へ通所介護計画を交付します。 5 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。	常 勤 1 名 介護職員、看護職員、機能訓練指導員と兼務
生活相談員	1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	常 勤 1 名 以上、 介護職員と 兼務
看護職員	1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	非常勤 1 名 以上、 機能訓練指導員と兼務
介護職員	1 通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	2 名以上 内、1 名以上は 常勤

機能訓練 指導員	1 通所介護計画に基づき、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自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行います。	非常勤 1名 以上
-------------	---	--------------

(3)当センターの設備等

定 員	29名		
食堂兼機能訓練室	1 室 89.43m ²	静養室	1
浴 室	一般浴槽 3	相談室	1
事務室	1	調理室	1
トイレ	3	送迎車	6

(4)時間

営業時間 午前8時 ～ 午後5時

サービス提供時間 通常 午前9時 ～ 午後4時15分

(5)定休日

日曜日

1月1日

3. 提供するサービス内容

- ①レクリエーション アクティビティ(集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練)を行います。
- ②機能訓練 運動器機能及び生活機能向上に係る個別の機能訓練を行います。
- ③生活相談 日常生活の支援に関する申し出や、関連機関との連携に対応します。
- ④口腔機能向上 口腔機能改善のためのサービス提供を行います。
- ⑤食事 状態に応じた形態で、嗜好を考慮して提供します。
- ⑥入浴 体調に応じ、入浴・部分浴・清拭を行います。
- ⑦送迎 個々の状態を踏まえ、適切な方法にて送迎を行います。
- ⑧排泄 体調に応じ、必要な介助を行います。
- ⑨健康観察 健康状態の確認(口腔内も含む)
- ⑩医療処置 看護師が医師の指示にもとづいた喀痰吸引、胃ろうおよび経管栄養、ストマ、疼痛および薬剤の管理等の医療処置を行います。

4. 料金

(1)①利用料金

●通所介護費(1日につき)

【通常規模型】

サービス 提供時間 要介護度	3 時間以上 4 時間未満				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	370	3,751 円	376 円	751 円	1,126 円
要介護 2	423	4,289 円	429 円	858 円	1,287 円
要介護 3	479	4,857 円	486 円	972 円	1,458 円
要介護 4	533	5,404 円	541 円	1,081 円	1,622 円
要介護 5	588	5,962 円	597 円	1,193 円	1,789 円
	4 時間以上 5 時間未満				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	388	3,934 円	394 円	787 円	1,181 円
要介護 2	444	4,502 円	451 円	901 円	1,351 円
要介護 3	502	5,090 円	509 円	1,018 円	1,527 円
要介護 4	560	5,678 円	568 円	1,136 円	1,704 円
要介護 5	617	6,256 円	626 円	1,252 円	1,877 円
	5 時間以上 6 時間未満				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	570	5,779 円	578 円	1,156 円	1,734 円
要介護 2	673	6,824 円	683 円	1,365 円	2,048 円
要介護 3	777	7,878 円	788 円	1,576 円	2,364 円
要介護 4	880	8,923 円	893 円	1,785 円	2,677 円
要介護 5	984	9,977 円	998 円	1,996 円	2,994 円
	6 時間以上 7 時間未満				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	584	5,921 円	593 円	1,185 円	1,777 円
要介護 2	689	6,986 円	699 円	1,398 円	2,096 円
要介護 3	796	8,071 円	808 円	1,615 円	2,422 円
要介護 4	901	9,136 円	914 円	1,828 円	2,741 円
要介護 5	1,008	10,221 円	1,023 円	2,045 円	3,067 円
	7 時間以上 8 時間未満				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	658	6,672 円	668 円	1,335 円	2,002 円
要介護 2	777	7,878 円	788 円	1,576 円	2,364 円
要介護 3	900	9,126 円	913 円	1,826 円	2,738 円
要介護 4	1,023	10,373 円	1,038 円	2,075 円	3,112 円
要介護 5	1,148	11,640 円	1,164 円	2,328 円	3,492 円

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数

とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行います。

- ※ 利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2 時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。
- ※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合又は通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。
- ※ 利用者に対し、居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合（ご家族が送迎される場合等）は、片道につき 476 円（利用者負担：1 割 48 円、2 割 96 円、3 割 143 円）減額されます。
- ※ 感染症又は災害の発生を理由として当該月の利用者数が当該月の前年度における月平均よりも 100 分の 5 以上減少している場合、3 月以内に限り 1 回につき所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を加算します。

●加算料金

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	基本 単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
入浴介助加算(Ⅰ)	40	405 円	41 円	81 円	122 円	1 日につき
入浴介助加算(Ⅱ)	55	557 円	56 円	112 円	168 円	1 日につき
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56	567 円	57 円	114 円	171 円	機能訓練を実施した日数
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1,521 円	153 円	305 円	457 円	3 月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 92/1000	左記の単位数×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	223 円	23 円	45 円	67 円	1 日につき

- ※ 入浴介助加算(Ⅰ)は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定します。
- 入浴介助加算(Ⅱ)は、居宅において入浴ができるようになることを目的に、居宅を訪問し把握した浴室環境等を踏まえた入浴介助計画の作成と、計画に沿った支援を行った場合に算定します。
- ※ 個別機能訓練加算(Ⅰ)は、多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合に算定します。
- ※ 口腔機能向上加算は、口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対して、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成の上、個別的に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施等の口腔機能向上サービスを実施した場合に算定します。
- ※ 介護職員等処遇改善加算は介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は区分支給限度基準額の対象外となります。
- (ア) 地域区分別の単価(7 級地 10.14 円)を含んでいます。
- (イ) (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。
- ※ サービス提供体制強化加算とは職員の介護福祉士の有資格者の割合や勤続年数から、質の高いサービスを提供する体制にある事業所に認められる加算です。サービス提供体制強化加算は区分支給限度基準額の対象外となります。

② 送迎代 送迎の実施地域内は無料、実施地域外は10kmにつき150円

③昼食代 1食 580円

④おやつ代 1回 100円

⑤その他（希望者のみ）

・おむつ代 各1枚につき（パッド大100円・小50円、紙パンツ150円、紙おむつ200円）

・洗濯代 1回につき100円

・趣味活動、昼食会などにかかる費用等は、自己負担となります。

・大人の学校メソッド 申込者のみ毎月一冊1、650円

・理美容サービス代 希望者のみカット1回1、900円

(2)キャンセル料

利用予定日の前日18時以降（月曜の利用については土曜18時以降）にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。利用予定日前日の18時まで（月曜の利用については土曜18時まで）にご連絡いただいた場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日18時まで （月曜の利用については土曜18時まで）	不要
利用予定日の前日18時以降 （月曜の利用については土曜18時以降）	昼食代580円 昼食会申し込み時は実費 おやつ代100円

(3) 利用料金の支払方法

お支払方法は、口座振り込み・現金支払いの二通りからご契約の際に選べます。

毎月8日までに前月分をご請求いたしますので、20日までにお支払ください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの開始

①サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

②利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

③要介護・要支援認定前にサービスを提供する場合には、要介護・要支援認定後に提供するサービス内容を見直す必要があり、要介護・要支援認定後に契約継続の意思確認を行うこと及び自立（非該当）と判定された場合には、利用料は全額利用者の負担となり、また、認定された要介護・要支援度に応じて利用料の一部が利用者の負担となる場合があります。さらに、要介護ではなく要支援と、要支援でなく要介護と認定された場合は、契約は終了し、各々のサービス内容による契約のし直しとなります。

④利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。

⑤サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行います。なお、「通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

⑥通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業所が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

(2) サービスの終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。なお、文書は当方で用意しておりますので、必要なときはお申し付けください。

②当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

④その他

- ・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が倒産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了することができます。
- ・ご利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内にお支払がない場合、またはご利用者やご家族などが当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、すぐにサービスを終了させていただく場合がございます。

6. 居宅介護支援事業者等との連携

(1) 指定通所介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

(2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。

(3) サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

7. サービス提供の記録

(1) 指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。

(2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

8. お客様の禁止行為

ご利用者が、事業所内で以下の行為をすることは御遠慮願います。

- (1) 決められた場所以外での喫煙
- (2) サービス従業者または他のお客様に対し、迷惑を及ぼすような行為（宗教活動・政治活動・営利活動・暴力行為・騒音行為 等）を行うこと
- (3) 貴重品や高額な現金、ペット及び刃物や爆発物等の持ち込み
- (4) 他のご利用者との飲食物・金品等のやり取り

9. ハラスメント行為の禁止

ご利用者及びそのご家族が、事業者及びサービス従事者並びに従業員に対し、以下の各号に該当する

行為をすることを禁止とします。ただし、ご利用者については、認知症と診断されており、禁止行為が認知症状によるものである場合を除きます。

(1) 身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為。サービス従事者等が回避したため危害を免れたケースを含む）

例：物を投げつける。サービス従事者の身体を叩く、蹴る、ひっかく、つねる。唾を吐き掛ける。サービス従事者の手を払いのける。サービス従事者の首を絞める。服を引きちぎる。動物を放し飼いにする、等。

(2) 精神的暴力（個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）

例：怒鳴る。恫喝する。罵倒する。威圧的な態度で文句を言い続ける。気に入っているサービス従事者以外の者に批判的な言動をとる。刃物をちらつかせる。過剰なサービスを要求する。家族が利用者の発言を鵜呑みにし、事業者へ不当な要求をする。不手際があったとして土下座を要求する。特定のサービス従事者に嫌がらせをする。正座での反省をさせる、等。

(3) セクシャルハラスメント（性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為）

例：サービス従事者にデートや交際を要求する。サービス従事者の身体をさわる、抱きしめる。ヌード写真を見せる。卑猥な言動を繰り返す。不必要な場面で自分の下半身を見せる。サービス従事者の衣類に手を入れる、等。

10. 地域との連携

事業所は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めるものとします。

11. 秘密の保持と個人情報の保護について

秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「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「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 ② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の

	際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）
--	--

12. 注意事項

（１）身体介助（歩行、排泄、入浴、更衣、整容等）の際に、異性のスタッフが対応する場合があります。

（２）平成 17 年 7 月 26 日付け医政発 0726005 号厚生労働省医政局長通知および令和 4 年 12 月 1 日付け医政発 1201 第 4 号厚生労働省医政局長通知による、医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈についてを参考に、原則的に医行為でないと考えられるもの等については、看護師による指導のもと介護職員が行う場合があります。

（３）処置等で必要な物品（カテーテル、ガーゼ等）につきましてはご持参ください。

（４）利用当日の送迎の変更等は、午前 7 時 40 分から 8 時の間に事業所へご連絡ください。なお、送迎の時間に遅れた場合は、送迎サービスが受けられない場合があります。

（５）サービス利用中に気分が悪くなった時は速やかに申し出てください。

13. 当センターの通所介護サービスの特徴

（１）事業の目的

当事業所は、介護保険法令の趣旨に従い、契約者がその有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、契約者に対し、第 4 条及び第 5 条に定める通所介護サービスを提供します。

（２）運営の方針

①指定通所介護の提供に当たっては、利用者の心身の特徴を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の援助を行う。

②指定通所介護の提供に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

（３）サービスの利用のために

事 項	有・無	備 考
土曜日の実施の有無	有	
時間延長実施の有無	無	
従業員への研修の実施状況	有	すべての従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員等をのぞく)へ認知症介護の係る研修を受講させるため必要な措置を講じています。 採用時研修を採用後 6 か月以内に実施しています。

		継続研修を年に6回実施しています。
サービスマニュアルの作成	有	
送迎の有無	有	

(4) サービスの利用のための留意事項

・送迎の連絡方法	電話にて行います。
・体調確認と体調不良の場合の対応	職員が体調確認し、不良の場合は緊急連絡先へ電話にて指示を仰ぎ、状況によって救急搬送を依頼します。
・食事の内容	アレルギー・嚥下・口腔状態等を考慮し、適切なメニューを提供します。
・機能訓練の内容	計画に基づき、グループ訓練、個別訓練、入浴訓練、口腔機能訓練、評価を行います。
・レクリエーション趣味活動の内容	計画に基づき、クラブ活動や年中行事、外出等を行います。

14. 実習生の受け入れ

これからの介護・福祉の優秀な人材育成に協力するため、教育機関などから実習生を受け入れる場合があります。

15. 事故発生時の対応

利用者に対するサービス提供中に事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する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。事故発生時の対応方法に掲げる市町村、当事業所等の連絡先は、下記21－（1）および21－（2）の苦情相談窓口となります。

16. 緊急時の対応

緊急時は、速やかに下記へ電話連絡し指示を仰ぎます。状況により、救急搬送を依頼いたしますが、ご希望の医療機関への搬送ができない場合があります。その際は、救急隊員の指示に従っていただきますようお願いいたします。

緊急連絡先		
ご家族等	氏 名	【日中連絡がとれる方】 様
	続 柄	
	電話 番号	
	携帯電 話番号	
	住 所	
主治の 医師	医師名	
	病院名	
	電話 番号	

	所在地	
--	-----	--

17. 虐待の防止・身体拘束の禁止について

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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 強矢美緒
-------------	----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

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

(5) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(6) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(7) サービス提供中に、当事業所従業者又は養護者（ご利用者のご家族等、高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかにこれを保険者に通報します。

(8) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(9) ご利用者もしくは他のご利用者等の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合を除いて、ご利用者の身体を拘束することはありません。やむを得ず身体拘束を行う際は、回避方法について十分に検討したうえで、拘束を行う以外に安全確保が困難と判断されたケースについて、管理者並びに各専門職が、緊急やむを得ない場合（①切迫性 ②非代替性 ③一時性）に該当するかどうか、その必然性について十分に検討し、ご利用者もしくはご家族へ説明し同意をいただいたうえで実施いたします。また、拘束を行った後は、その状況を記録し、会議にて拘束回避の可能性について定期的に検討し、回避に向けた努力を行うと共にその結果をご利用者もしくはご家族へ説明します。

18. 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・強矢美緒 ）

(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 5月・9月）

(1) (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。

19. 衛生管理等

(1) 指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

(2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

(3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

- ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。

20. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時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、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

21. 苦情相談窓口

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア ご利用者及びそのご家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

事業所相談窓口	電話番号	0270-61-9395	FAX番号	0270-61-9398
	利用時間	9:00~17:00（月～土）		
	担当者	管理者：強矢美緒、生活相談員：三ヶ尻恭子		
	面接場所	当事業所の相談室		

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ① 相談または苦情電話があった場合は、原則として管理者が対応する。管理者が不在の場合は生活相談員が対応する。
- ② 管理者は以下の事項について確認を行い、記録に残す。
 - i 当該苦情の受付日
 - ii 相談または苦情のあった利用者の氏名
 - iii 提供したサービスの内容、年月日及び時間
 - iv 具体的な苦情、相談内容、等
- ③ 相談及び苦情の相手に対し、相談・苦情内容に対する回答期限を説明する。
- ④ 概ね以下の手順により、相談・苦情について処理する。
 - i 問題点の洗い出し、整理及び今後の改善についての検討、文書による回答案の検討を行う。
 - ii 文書により回答を作成し、利用者に対し事情説明を直接行ったうえで、文書を残す。
 - iii 市町村や国民健康保険団体連合会から指導または助言を受けた場合は、当該指導または助言に従って必要な改善を行ったことを報告する。
 - iv 事業実施マニュアルに改善点を追記し、再発の防止を図る。

(2) 高齢者虐待およびサービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

虐待・苦情受付機関	玉村町健康福祉課	所在地	群馬県佐波郡玉村町下新田201
		電話番号	0270-64-7705
		FAX番号	0270-65-2592
		受付時間	8:45～17:15(月～金)
		祝日と12月29日～1月3日を除く	

	前橋市介護保険課	所在地 群馬県前橋市大手町2-12-1 電話番号 027-898-6159 FAX番号 027-243-4027 受付時間 8:30～17:15(月～金) 祝日と12月29日～1月3日を除く
	高崎市介護保険課	所在地 群馬県高崎市高松町35-1 電話番号 027-321-1250 FAX番号 027-321-1166 利用時間 8:30～17:15(月～金) 祝日と12月29日～1月3日を除く
	伊勢崎市介護保険課	所在地 群馬県伊勢崎市今泉町2-410 電話番号 0270-27-2742 FAX番号 0270-21-4840 利用時間 8:30～17:15(月～金) 祝日と12月29日～1月3日を除く
	群馬県国民健康保険団体連合会 介護高齢課	所在地 群馬県前橋市元総社町335-8 電話番号 027-290-1323 FAX番号 027-255-5077 利用時間 9:00～16:30(月～金) 祝日と12月29日～1月3日を除く

22. 第三者評価の実施状況

実施の有無 無

23. その他

事業所は、適切な指定通所介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

24. 当社の概要

名称・法人種別	福祉サービス研究所合同会社
代表者職氏名	代表社員 富岡 浩美
運営本部所在地	群馬県前橋市富士見町石井738-20
電話番号	0270-61-9395
定款の目的に定めた事業	1 介護保険法に基づくサービス事業
	2 医療・福祉・介護関連従業者の教育訓練事業
	3 家事代行事業
	4 その他付随する業務
グループ施設・拠点等	1 通所介護事業所 1ヶ所

	2 介護従事者研修センター 1ヶ所

年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明し説明書を交付しました。

〔事業者〕

所在地 群馬県前橋市富士見町石井 738-20

法人名 福祉サービス研究所合同会社

代表者名 代表社員 富岡浩美

事業所名 デイサービスセンター たま

(指定番号 1072801119)

説明者氏名 _____ ㊞

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、承諾し説明書の交付を受けました。

〔利用者〕

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

署名代行者(続柄 _____)

氏 名 _____

〔代理人〕(続柄 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

〔代表家族〕(続柄 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞