

## 指定地域密着型通所介護施設「かがやきハウス」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています  
(上越市指定 第 1590300594 号)

当事業所はご契約者に対して指定地域密着型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とおり説明いたします。

### 1 経営法人

法人名	医療法人 高田西城会
法人所在地	新潟県上越市西城町2丁目8番30号
電話番号	025-523-2139
FAX番号	025-522-7035
代表者氏名	理事長 川室 優
設立年月日	大正9年11月28日

### 2 事業所の内容

事業所の種類	指定地域密着型通所介護事業所 令和 元年 10月 1日指定 上越市 1590300594 号 当事業所は高田西城病院の同敷地内に設立しております。
事業所の目的	指定地域密着型通所介護は、介護保険法令に基づき、ご契約者（利用者）が、その有する能力を活かし、日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、ご契約者に通所介護サービスを提供致します。
事業所の名称	かがやきハウス
事業所の所在地	新潟県上越市西城町2丁目8番30号
電話番号	025-522-6602
FAX番号	025-522-6602
管理者名	五十嵐 正則
事業所の運営方針	ご契約者の心身の状態や状況に応じ、必要な介護・支援及び機能訓練等を行い、自立した日常生活を主体的に送れるよう働きかける。
開設年月	令和元年10月1日
通常の事業実施地域	上越市
営業日及び営業時間	月曜日から金曜日（祝日及び12月31日から1月3日までを除く） 1単位目8:50～12:10 2単位目13:40～17:00
利用定員	1単位目18名、2単位目18名

### 3 職員の配置状況

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

〈主な職員の配置状況と勤務体制〉

職 種	配置人数	勤務体制
1 管 理 者	1	8：30～17：30
2 生活相談員	1	8：30～17：30
3 看護職員	1	8：30～17：30
4 介護職員	3	8：30～17：30
5 機能訓練指導員	2	8：30～17：30

〈職員の職種、員数、職務内容〉

- (1) 管理者 1名
  - ・所属職員の指揮監督、機能訓練計画の作成、関係職員との連携、設備・備品の管理、緊急時の対応、総括
- (2) 生活相談員 1名以上
  - ・利用者・家族等の相談、日課等のサービス調整・管理、関係機関等との連携等
- (3) 介護職員 2名以上
  - 介護職員（緩和した基準によるサービス） 1名以上
  - ・利用者の日常生活支援・相談、送迎車両の運転等
- (4) 看護師 1名以上
  - ・利用者の健康管理、医療機関との連携支援、日常生活支援等
- (5) 機能訓練指導員等 1名以上
  - ・利用者の日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための機能訓練等

#### 4 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（利用者）に対して以下のサービスを提供致します。

また、当事業所が提供するサービスの利用料金は以下になります。

- ・利用料金が介護保険から給付される場合

##### (1) 介護保険給付対象となるサービス

以下のサービスについて、ご契約者（利用者）には、「介護保険負担割合証」に記載された負担額をお支払いいただきます。

##### (2) 利用料金のお支払い方法

前記は、(1)、(2)の利用料金・費用は1ヶ月毎に計算し、翌月15日までに請求いたします。月末までに以下のいずれかの方法でお支払ください。

①金融機関口座からの自動引き落とし

②口座への振込み : 第四北越銀行 高田中央支店 普通口座 No. 2097379

(医) 高田西城会 地域密着型通所介護 かがやきハウス  
代表 川室 優

## 〈サービス利用料金〉

別紙 かがやきハウス利用料金表参照

## 〈サービスの内容〉

### ◎ 機能訓練

ご利用者に対し、機能訓練指導員の指導の下、生活相談員又は介護職員より、ご契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及び維持を目的とした訓練を実施致します。

- (1) 通所介護計画の作成及び利用者並びに家族に対する説明
- (2) 機能訓練及び日常生活を営む上で必要な援助
- (3) 相談援助等の生活指導
- (4) 通所介護の実施状況の把握（モニタリング）及び目標の達成状況の記録
- (5) 関係機関との連携、連絡調整
- (6) その他必要な介護及び相談、助言援助

## 〈サービス利用に当たっての留意事項〉

- (1) サービスの利用に当たり、担当職員の指示に従うこと。
- (2) 担当職員の指示に従わないなど、施設の秩序を乱した場合には、利用を断る場合があること。
- (3) サービスの利用に当たり、指定の物品について持参すること。
- (4) サービス利用日の朝、体温を計測しその結果をサービスの利用に先立って担当職員へ報告すること。
- (5) サービスの利用に先立って行う健康チェックの結果により、サービスの提供を見合わせる場合があること。
- (6) サービスの利用に当たり、持参した物品については、紛失しないよう氏名を記載するなどして注意すること。

## 5 緊急時の対応

契約者の状態・状況に応じて緊急連絡先に連絡し、また必要に応じ、契約者の主治医へ連絡をとり、指示を仰ぎ適切な対応をします。

## 〈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家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故が発生した場合はその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- (3) サービスの提供により発生した事故等により生命、身体、財物等に損害を与えた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

#### 〈虐待の防止〉

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施する。
- (4) 措置を適切に実施するための担当者を設置する。

#### 〈業務継続計画の策定〉

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、サービス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業務継続計画（BCP）を策定し、計画に従い次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、サービス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業務継続計画（BCP）を策定し、定期的にこれを見直し、従業者に周知徹底を図る
- (2) 事業所において、従業者に対し、業務継続計画（BCP）の研修・訓練（シュミレーション）を定期的に（年1回以上）実施する。

#### 〈その他運営に関する重要事項〉

- (1) 事業所の従事者は適切な介護技術をもってサービスを提供するため、介護技術の進歩に対応しなければならない。そのため研修・研究に努めるものとする。
  - ・採用時研修 採用時1ヶ月以内実施する
  - ・継続研修 年1回以上
- (2) 事業所の職員は、業務上知り得た秘密を決して漏洩しないものとする。又、従業者としての雇用関係が終了した場合においても、事業者の責任において当該従業員の知り得た秘密の保持に努める。
- (3) 事業所の管理者は、従事者の清潔保持及び健康状態について管理を行うとともに、その設備・備品について衛生的な管理を行うものとする。
- (4) 事業所の管理者は、提供した指定通所介護について利用者から苦情があった場合には、迅速、適切かつ誠実に対応し、必要な措置を講ずるものとする。

## 6 苦情の受付について

当施設における苦情や御相談は以下のとおり対応いたします。

- (1) 窓口設置箇所：かがやきハウス

電話 025-522-6602

- (2) 受付時間：8：30～17：30（土日祝以外）

- (3) 苦情体制

担当者	： かがやきハウス	生活相談員	飯田 涼子
責任者	： かがやきハウス	管理者	五十嵐 正則
第三者委員	： （福）上越老人福祉協会		
	いなほ園在宅複合施設	施設長	北嶋 一代

： (福) 上越つくしの里医療福祉協会

統括施設長 田邊 信

その他の窓口 : 上越市 健康福祉部 高齢者支援課

電話 025-526-5111

新潟県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室

電話 025-285-3022

#### (4) 苦情手順

##### 1. 受付

2. 受付の報告・確認：申出人に苦情の内容を確認し第三者委員へ報告する。

3. 苦情解決に向けての話し合い：申出人と誠意を持って話し合い、必要に応じて  
第三者委員の助言を得ながら解決に努めます。

4. 苦情結果の公表：サービスの質の向上を図るため、個人情報に関するものは除  
き公表いたします。

#### 7 第三者評価の実施状況

(1) 実施の有無：無

(2) 実施年月日：令和 年 月 日

(3) 実施した評価機関：

(4) 評価結果の開示状況：

(5) 公開期間：

私は本書面に基づき施設の職員（職名 生活相談員 氏名 飯田 涼子 ）  
から重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

ご利用者 住 所  
氏 名

印

ご利用者のご家族等 住 所  
氏 名  
続 柄

印