こまつ今江コンディショニングセンター
重要事項説明書
(通所介護サービス)

1　事業者

事業者の名称	有限会社　ピリポ
事業者の所在地	石川県小松市今江町７丁目１８番地1
法人種別	有限会社
代表者名	代表取締役　辻　淑惠
電話番号	０７６１－２４－２８２６

2　ご利用施設

施設の名称	こまつ今江コンディショニングセンター
施設の所在地	石川県小松市今江町７丁目１４番地
管理者名	田村　祐樹
電話番号	０７６１－５８－１８５８
ファクシミリ番号	０７６１－５８－１８５９

3　事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者等に対し事業所の生活相談員及び看護職員、機能訓練指導員、介護職員が、それぞれの能力をもって適正な介護を行うとともに、しっかりとしたアセスメントのもと自立支援に取り組み、利用者の心身の維持向上を目的とする。
施設運営の方針	介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の通所介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。適切な介護技術を持ってサービスを提供する。常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。

4　施設の概要

(1)　建物

建物	構造	鉄骨造カラーGL鋼板縦はぜ葺　1階建
	延べ床面積	1階274.43㎡
	利用定員	デイサービス　(1単位　20名)

(2)　主な設備

設備の種類	数	面積
食堂兼機能訓練室	1室	合計 160.74㎡
便所	3箇所	合計 9.80㎡ (WC1、WC2、車椅子)
相談室	1室	6.27㎡
静養室	1室	8.68㎡

5　職員の配置状況

従業者の職種	員数	指定基準
管理者	1名	1名
生活相談員	1名以上	1名
介護職員（非常勤含む）	2名以上	2名
看護職員	1名以上	1名
機能訓練指導員	1名以上	1名

〈主な職員配置状況〉　＊職員の配置については、指定基準を遵守しています。

6　事業の実施地域

実施地域	小松市、加賀市、能美市

7　営業日

営業日	月曜日から土曜日までとする。ただし、年末年始（12月31日～1月3日まで）及び夏季休暇は除く。
サービス提供時間	8：30～16：30

8　サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種　類	内　　容	利用料
排泄の介助	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 おむつを使用する方に対しては、利用者と相談して適切な交換を行うとともに、必要な場合は職員の判断において交換を行います。	介護報酬の告示上の額によるものとし、法定代理受領サービスであるときは利用者から本人負担額の支払いを受けるものとする。 ※利用料の詳細については別紙「利用料金表」のとおり
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 レクリエーション等のアクティビティー・サービスを実施します。	
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。	
健康管理	看護職員による健康チェックを行い、利用者の全身状態の把握に努めます。	
相談および援助	当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 相談窓口：こまつ今江コンディショニングセンターご利用者相談室	
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。	
通常要する時間を超えるサービス	お客様の希望により、通常提供する、通所介護の所要時間を超えて、サービスを提供する場合は、介護報酬告示上の額における自己負担額を負担していただきます。	

(2)介護保険給付外サービス

種　類	内　　容	利用料
おむつの提供	利用者のご希望に応じて提供します。	おむつ代実費
食事の提供	食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。	昼食代760円
アクティビティー・サービス	その他レクリエーション等のアクティビティー・サービスにかかる諸経費については、別途実費徴収します。	実費（交通費・入場料等）

9　苦情等申立先

当施設 ご利用相談室	窓口 こまつ今江コンディショニングセンター　ご利用者相談室 担当者　　田村　祐樹 電話番号　０７６１－５８－１８５８ 受付時間　8:30～16:30
その他 相談窓口	小松市役所　長寿介護課 受付時間：８：３０～１７：１５ 電話番号：０７６１－２４－８１４９ 能美市役所　健康福祉部　介護長寿課 受付時間：９：００～１７：００ 電話番号：０７６１－５８－２２２３ 加賀市役所　介護福祉課　長寿介護グループ 受付時間：８：３０～１７：１５ 電話番号：０７６１－７２－７８５３ 石川県国民健康保険団体連合会　介護サービス苦情相談窓口 受付時間：９：００～１７：００ 電話番号：０７６－２３１－１１１０ 石川県福祉サービス運営適正化委員会 受付時間：９：００～１７：００ 電話番号：０７６－２３４－２５５６

10　非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等	年２回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	非難階段	なし	屋内消火器	2箇所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	3箇所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電灯	8箇所
	カーテン等は防煙性能のあるものを使用しています			
消防計画等	防火管理者：　　中松　恵美			

11　当施設ご利用の際に留意いただく事項

部屋・設備・器具の利用	施設内の部屋や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	指定場所以外での喫煙は禁止です。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	原則としてご本人に管理していただきます。
現金等の管理	原則として管理しません。
その他	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ください。

12　通所介護計画の作成及び事後評価

通所介護計画の作成	当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。
事後評価	サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。

13　秘密の保持

個人情報保護	当事業所利用のお客様の情報は、個人情報保護の観点から厳重に管理、保管し外部に漏れないように努めます。
職員への伝達	職員には当事業所で知りえた個人情報を他所で漏洩しないよう、また当職員でなくなった後も秘密保持を厳守するようにいたします。

14　提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

15　事故発生時における対応

事故発生時の対応	事業所は、利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
損害賠償・記録	利用者に対する通所介護の提供により事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うとともに、事故の状況や対応処置を記録するものとする。

16　緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変（災害・感染症等における緊急時を含む）場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。	
緊急連絡先 （家族等）	
主治医及び病院 所在地	

17　非常災害等対策

1．施設は非常その他緊急の事態に備え、執るべき措置について事業計画を策定し、職員及び利用者に周知徹底を図るため、定期的に避難訓練などを実施する。
2．事業計画は以下の2つの事態に対応するものとする。
①非常災害時
②感染症蔓延時
3．上記について、定期的な訓練・研修などを行う。

18　虐待の防止のための措置に関する事項

施設は虐待の防止に努めるため、以下の措置を行う。
①虐待防止のための指針を設ける。
②虐待の防止にかかる体制として、虐待防止検討委員会を設置する。
③虐待防止委員会の委員長を、施設の虐待防止にかかる措置の担当者とする。
④虐待防止のための従業者への研修を定期的かつ計画的に行う。
⑤虐待または虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を示したマニュアルを策定する。

19　カスタマーハラスメントに関する当事業所の考え方

当事業所では、すべての利用者様に安心して介護サービスをご利用いただくとともに、従業員が安全で働きやすい環境を確保することを大切にしています。
そのため、利用者様又はご家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、従業員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。具体的には、次のような行為が該当することがあります。

・大声での叱責や威圧的な言動
・人格を否定する発言や差別的な言動
・業務の範囲を超えた過度な要求
・長時間にわたる執拗な要望やクレーム

これらの行為が認められた場合には、複数名での対応や、サービス提供方法の見直しについて、ご相談させていただくことがあります。
なお、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまでどおり誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

私は、本書面に基づいて貴事業者の職員（職名　　氏名　　）から上記重要事項の説明を受け内容等に同意します。

令和　　年　　月　　日

利用者

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者の家族等

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名・続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業者

住所　石川県小松市今江町７丁目１４番地

名称　こまつ今江コンディショニングセンター

代表者名　代表取締役　辻　　淑恵