

重要事項説明書（通所介護サービス）

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 和生福会
主たる事業所の所在地	和歌山県海南市孟子字波免 709-1
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 武久 敬洋
電話番号	０７３－４８６－０７８８

2. ご利用事業所

事業所の名称	平成デｲｲｰﾋﾞｾﾝﾀｰ海南
所在地	和歌山県海南市孟子字波免 709-1
介護保険事業所番号	３０７１４００６２０
管理者の氏名	永山 間夕美
電話番号	０７３－４８６－０７８８
ファクシミリ番号	０７３－４８６－０８２２
営業日	月～土曜日（年末年始１２月３１日～１月３日は除く）祝あり
営業時間	午前８時３０分～午後５時
利用定員	２２名

3. 当該事業者であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人福祉施設	平成１８年 ３月１日	３０７１４００５８８	１００床
短期入所生活介護	平成１８年 ３月１日	３０７１４００５８８	２０床
居宅介護支援	平成２３年１０月１日	３０７１４００９３５	３５名

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより利用者の社会的孤立感の解消、及び心身の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ことを目的とする。
運営の方針	当サービスにあたっては、地域及び行政機関等との連携を密にして、家庭との結びつきを重視した運営を行なう。

5. 利用対象者

介護保険にて要介護と認定された方

6. 通常の事業実施地域

海南市、紀の川市(貴志川町・桃山町)、紀美野町、和歌山市

7. 職務及びサービス内容

①管理者（１名）

管理者は理事長の命を受け職員を指揮監督して業務を統括し、運営管理に万全を期する。

②生活相談員（１名以上）

生活に関する相談及び助言

③看護職員（１名以上）

（イ）医師の指示に従い必要な医療措置を講ずること

（ロ）利用者の保健衛生・日常生活に関すること

④介護職員（２名以上）

（イ）入浴及び食事の提供 （ロ）日常生活上の世話

⑤機能訓練指導員（１名以上）

機能訓練及び日常動作訓練

⑥管理栄養士（１名）

利用者の低栄養状態リスクを把握し、栄養アセスメントを行い、栄養ケア計画を作成する

⑦歯科衛生士（１名）

利用者の口腔機能を把握し、口腔機能改善管理指導計画を作成する

上記の職員は下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

勤務時間帯 ８：３０ ～ １７：００ １０：００ ～ １８：３０

（夜間窓口 緑風苑 電話番号０７３－４８６－０７８８）

8. 苦情・相談等申出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談お申出下さい。

受付窓口（担当者） 氏名 久徳 誠之 職名 生活相談員

電話番号 ０７３－４８６－０７８８

受付時間 毎週月曜日 ～ 金曜日

８時３０分 ～ １７時

また、ご意見箱での受け付けもいたしておりますので、ご利用下さい。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

【公的機関窓口】

○海南市役所 高齢介護課

所在地：〒642-8501 海南市南赤坂 11 TEL：073-483-8764

○紀美野町総合福祉センター 保健福祉課

所在地：〒640-1121 海草郡紀美野町下佐々1408-4 TEL：073-489-9960

○紀の川市役所 高齢介護課

所在地：〒649-6492 紀の川市西大井 338 TEL：0736-77-2511

○和歌山市役所 指導監査課

所在地：〒640-8511 和歌山市七番丁 23 TEL：073-435-1319

○和歌山県国民健康保険団体連合会 日赤会館内 介護サービス苦情相談窓口

所在地：〒640-8137 和歌山市吹上 2 丁目 1 番 22 号 TEL：073-427-4662

○和歌山県福祉サービス運営適正化委員会 和歌山ビッグ愛 7F 和歌山県社会福祉協議会内

所在地：〒640-8545 和歌山市手平 2 丁目 1 の 2 TEL：073-435-5527

9. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	年	月	日
		評価期間の名称			
		結果の開示	1 あり	2 なし	
	② なし				

10. 事故発生時の対応

サービス提供中に怪我等があった場合は、すみやかに家族、保険関係者に連絡をとり必要 且つ適切な措置を行います。

また、ヒヤリハット、事故報告書等を用い職員間で話し合う機会を作り原因究明、再発防止を検討します。(別紙参照)

11. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応します。(別紙参照)

12. 災害発生時の対応

1 年に 2 回防災訓練を実施します。

災害時マニュアルに従い、利用者の安全確保に努めます。また、業務継続計画（BCP）に基づき、業務継続に向けた取り組みを実施します。

1 3. 感染症の発生及びまん延等に関する取り組み

感染症の発生及びまん延等防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じる。

- (1) 感染症の発生及びまん延等防止に対する基本指針の決定
- (2) 定期的な研修・訓練を通じて、知識や技術の向上に努める。
- (3) 多職種による感染予防委員会を定期的に開催する。
- (4) まん延時は業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき、業務継続に向けた取り組みを実施する。

1 4. 高齢者虐待防止について

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る。

- (1) 高齢者虐待に対する基本指針の決定
- (2) 定期的な研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努める。
- (3) 多職種による虐待防止検討委員会を定期的に開催する。
- (4) 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、従業者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努める
- (5) サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかにこれを市町村に通報する。
- (6) 高齢者虐待に関する責任者の選定

1 5. ハラスメントについて

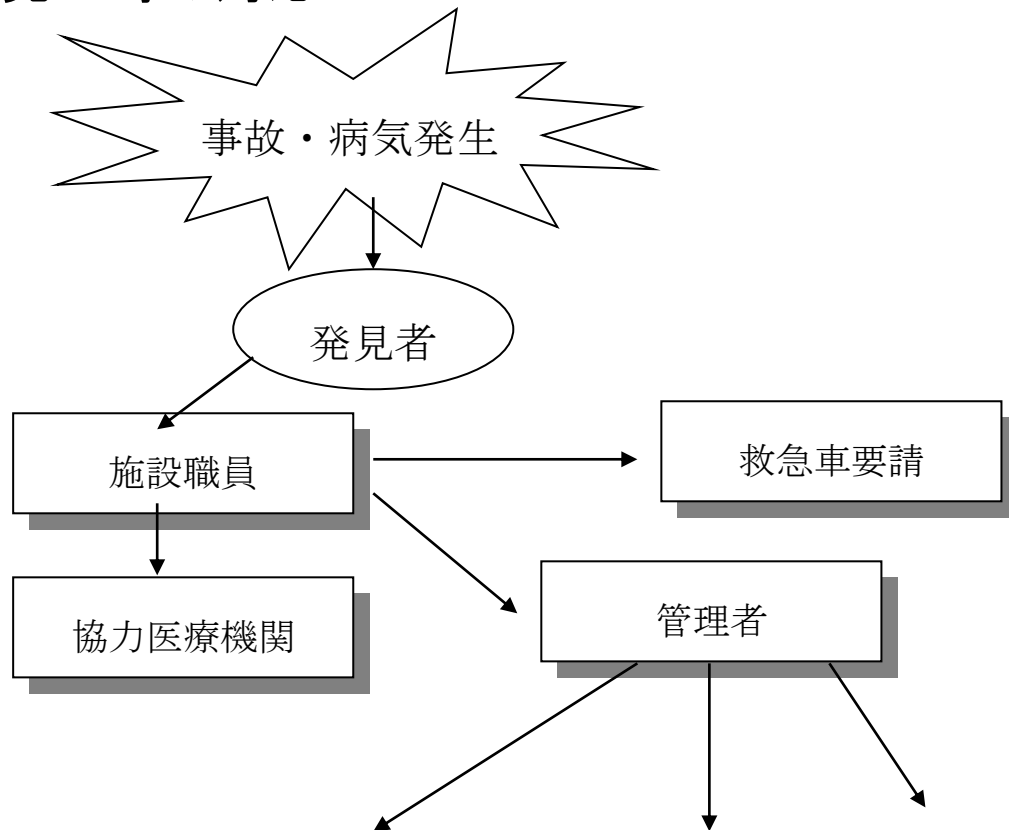
セクシャルハラスメントやカスタマーハラスメント等に対応するため、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) ハラスメントに対する事業所としての基本方針の決定
- (2) マニュアル等の作成
- (3) 相談しやすい職場環境づくりと窓口の設置

1 6. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

担当者氏名	久徳 誠之	職名	生活相談員
電話番号	０７３－４８６－０７８８		

事故発生時の対応



(協力医療機関：泉佐野優人会病院
国保野上厚生総合病院
山中歯科)

居宅介護支援事業所

家族

市町村

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 _____ 氏名 _____ ）から
上記サービス内容と重要事項の説明を受け、1部交付受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(利用者)

住 所

氏 名

印

(署名代行者)

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

住 所

氏 名

印

署名代行の理由

(利用者の家族等)

住 所

氏 名

印

同 意 書

私、（平成デ イービ スセンター海南）との介護保険法に基づく居宅サービス利用
契約書第 1 1 条に規定する秘密保持に関し、（平成デ イービ スセンター海南）又
は他の事業者が私に対して提供する介護サービスがより妥当適切なもの
となるよう、契約の有効期間中に限り、（平成デ イービ スセンター海南）従業者
が私の個人情報をサービス担当者会議等において用いることに同意しま
す。

令和 年 月 日

社会福祉法人 和生福会
理事長 武久 敬洋 殿

（利用者）氏名：_____ 印

住所：_____

（代理人氏名）氏名：_____ 印

住所：_____

（家族の代表）氏名：_____ 印

住所：_____