

重要事項説明書（介護予防通所サービス・通所介護）

2025年5月1日 適用

当事業所が提供する標記サービスの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

| | |
|------------|------------------|
| 開設者の名称 | 社会福祉法人 駿河厚生会 |
| 主たる事務所の所在地 | 静岡県沼津市大岡3571番地の1 |
| 電話番号 | 055-926-8500 |
| 法人の種別及び名称 | 社会福祉法人 駿河厚生会 |
| 代表者 | 理事長 |
| 代表者氏名 | 河野 義文 |

| | |
|------------|--|
| 事業所の名称 | (介護予防通所サービス事業所) 沼津フジビューデイサービスセンター |
| | (通所介護事業所) 沼津フジビューデイサービスセンター |
| 施設の所在地 | 静岡県沼津市大岡3571番地の1 |
| 電話番号 | 055-926-8502 |
| 介護保険事業所番号 | 2271100030 |
| 指定年月日 | (介護予防通所サービス事業所) 沼津フジビューデイサービスセンター 平成30年4月1日 |
| | (通所介護事業所) 沼津フジビューデイサービスセンター 平成12年1月1日 |
| 交通の便 | JR沼津駅からタクシーで20分 バス停「マーレ沼津工場前(北小林)」より徒歩20分(下土狩駅行き) |
| 通常の事業の実施地域 | 沼津市大岡地区、門池地区、第五地区、金岡地区及び長泉町 |

※当事業所は介護予防通所サービスと通所介護を一体的に提供します。

※送迎区域については、上記地域以外の利用申し込み希望者については管理者の了承の下で利用可能とします。

2 事業所の概要

| | |
|-----------|--|
| 定員 | 45名(1単位 介護予防含む) |
| 食堂及び機能訓練室 | 263.0m ² |
| 浴室 | 一般浴槽、リフト浴槽、特殊浴槽 |
| その他の設備 | 介護職員室 相談室 車いす対応トイレ 洗面所 送迎車両 ベッド マッサージ器等、足湯等 |

3 事業所の職員の概要（介護予防通所サービスと通所介護を合わせた職員の概要です。）

| 職種 | 員数 | 勤務体制 | | 職務内容 |
|------------------|----------------|------|----------------|-----------------------------|
| 管理者 | 1人 | 常勤1 | 兼務1 (特養施設長) | 職員及び業務の管理 |
| 生活相談員 | 1人 | 常勤1 | 専従1以上 | 生活相談及び指導 |
| 管理栄養士 | 1人 | 常勤1 | 兼務1 | 栄養状態の把握及び必要に応じた栄養改善・管理 |
| 看護職員（看護師または準看護師） | 1人以上 | 非常勤 | 機能訓練指導員との兼務あり | 心身の健康管理及び指導、バイタルチェック、保健衛生管理 |
| 介護職員 | 7人以上 (常勤換算) | 非常勤 | 専従1以上 | 介護業務 |
| 機能訓練指導員 | 1人以上 | 非常勤 | 看護職員との兼務あり | 機能の減退を防止するための機能訓練 |

4 営業日及び営業時間

| | |
|---------|---|
| 平日 | 午前8：00～午後6：30 (うちサービス提供時間 午前9：00～午後5：30) |
| 営業をしない日 | 土、日、及び12月29日から1月3日まで |

5 介護予防通所サービスのご利用者用

| | |
|--------------------------------|-------|
| 当事業所があなたに提供する介護予防通所サービスの利用回数は週 | 回 |
| 利用時間は1回につき | 時間です。 |

6 運営の方針

| |
|--|
| 事業所は、ご利用者に対し介護保険法令の趣旨に沿って、適正な介護予防通所サービス又は通所介護を提供する事により、要支援状態又は要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して、計画的にサービスを提供します。 |
|--|

7 サービスの内容

| |
|---|
| 当事業所があなたに提供するサービスは以下の通りです。 |
| （1）送迎 |
| 送迎車両により事業所と自宅の間を行います。通常の営業時間のご利用の方を送迎します。 |
| （2）食事 |
| 食事の準備、後片付け、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助をします。 |
| （3）入浴 |

一般浴槽、リフト浴槽、特殊浴槽において、見守りや直接介助により入浴を提供します。

(4) 機能訓練

要支援ご利用者、要介護ご利用者には、機能訓練を提供し、ご利用者の心身の機能の維持・回復に努めます。

(5) 生活相談・助言

ご利用者及びご家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

(6) レクリエーション等

レクリエーション、行動的活動、趣味活動等をご用意しています。行事等によっては別途費用がかかるものがあります。

(7) 排泄

随時、排泄の介助をします。(おむつ代はご利用者の負担となります。)

○サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法について、あなたに分かりやすいように説明します。

○サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特にあなたの身体に接する設備・器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

8 利用料金

(1) サービスの提供（介護保険適用分）に際し、あなたが負担する利用料金は、原則として、介護保険法令に定める介護報酬の告示上の額に、介護負担割合証の割合を乗じた額です。ただし、介護保険給付の範囲を超えたサービスについては全額自己負担となります。

(2) 沼津市における1単位当たりの単価は10.14円です。

利用料金の計算の仕方

1か月毎に〈①基本単位に加算分を加えた単位数×10.14円（1単位当たりの単価）〉×〈②介護保険負担割合証の割合〉=③利用料金（①×②=③）

として算出します。ただし、実際の請求額とは端数処理で多少の誤差が生じます。

なお、介護保険給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

《介護予防通所サービスの費用》

基本単位

| 要支援認定 | 利用料金 | | | |
|--------------------------|-------|----------|-----|-------|
| 事業対象者・要支援1 | 1月あたり | 1, 798単位 | 日割り | 59単位 |
| 事業対象者・要支援2 (週1回程度の利用) | 1月あたり | 1, 798単位 | 日割り | 59単位 |
| 事業対象者・要支援2 (週2回程度の利用) | 1月あたり | 3, 621単位 | 日割り | 119単位 |

※送迎料金、入浴料金は上記単位に包括されます。

※通常は1月あたりの単位数に基づく算定とします。ただし、次に掲げる場合は、日割り計算による算定となります。

- ・短期入所の利用があった場合
- ・月途中で要介護・要支援認定が変わった場合
要支援⇒要介護 要介護⇒要支援 要支援1⇒要支援2 要支援2⇒要支援1
- ・沼津市内での転居等により、事業所を変更した場合
- ・月途中で利用回数が変更となった場合

※ご利用者の都合により利用をキャンセルされた場合は、月額報酬での算定となりますのでご了承ください。

| | |
|--------------|----------|
| 送迎を行わない場合の減算 | ▲47単位／片道 |
|--------------|----------|

※何らかの都合により自宅から事業所間の送迎が行われなかった場合、片道47単位が減算されます。

| | | |
|-----------------|--------------|---------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 週1回程度 の利用 | 72単位／月 |
| | 週2回程度 の利用 | 144単位／月 |

※介護職員に占める介護福祉士の人数（常勤換算）の割合が50%以上の場合に算定します。

| | |
|-------------|--------|
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位／月 |
|-------------|--------|

※利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況など心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスの適切かつ有効な提供のために必要な情報を活用している場合に算定します。

| | |
|------------|--------|
| 栄養アセスメント加算 | 50単位／月 |
|------------|--------|

※管理栄養士、介護職員等が共同して利用者ごとの低栄養リスク及び栄養上の課題について把握し、必要に応じ相談対応するとともに、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定します。原則、栄養改善加算と同時には算定されません。

| | |
|--------|---------------------|
| 栄養改善加算 | 200単位／回 (月に2回まで) |
|--------|---------------------|

※低栄養状態またはそのおそれのある利用者に対して、ケアマネジメントの一環として、管理栄養士等が共同して栄養ケア計画を作成し、低栄養状態の改善等を目的とした栄養改善サービスを提供した場合に算定します。原則、栄養アセスメント加算と同時には算定されません。

| | |
|-------------------|-------------------|
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 5単位／回 (6ヶ月に1回) |
|-------------------|-------------------|

※利用開始時及び6ヶ月ごとに、利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該情報を担当の介護支援専門員に提供した場合に算定します。

| | | |
|-------------|---|--|
| 介護職員等処遇改善加算 | 【基本単位及び各加算の合計単位数】の所定の割合 (Ⅰ) 92/1000 (Ⅱ) 90/1000 (Ⅲ) 80/1000 (Ⅳ) 64/1000 | ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ) (Ⅳ) のいずれか1つのみ 算定されます |
|-------------|---|--|

※介護職員の処遇改善に要する経費として、算定します。

特記事項

- 月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了の場合であっても、介護予防ケアプランに位置付けられた月額料金となり日割り計算は行いません。ただし、月途中に（ア）要介護から要支援に変更になった場合、（イ）要支援から要介護に変更になった場合、（ウ）同一市町村内での転居により介護予防通所サービス事業所を変更した場合、（エ）要支援度が変更になった場合は日割り計算となります。
- 介護予防通所サービスは、月単位の計画に基づいて実施されるため、キャンセルがあった場合でも、全額をお支払いいただきます。

《通所介護の費用》

基本単位（通常規模型通所介護）

| 介護度 | 提供時間（単位／日） | | | | | |
|------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 3時間以上 4時間未満 | 4時間以上 5時間未満 | 5時間以上 6時間未満 | 6時間以上 7時間未満 | 7時間以上 8時間未満 | 8時間以上 9時間未満 |
| 要介護1 | 370 | 388 | 570 | 584 | 658 | 669 |
| 要介護2 | 423 | 444 | 673 | 689 | 777 | 791 |
| 要介護3 | 479 | 502 | 777 | 796 | 900 | 915 |
| 要介護4 | 533 | 560 | 880 | 901 | 1,023 | 1,041 |
| 要介護5 | 588 | 617 | 984 | 1,008 | 1,148 | 1,168 |

※通常規模型とは、1月当たりの平均利用延人数（一体的に実施している第1号通所事業との合算人数）が750人以内の指定通所介護事業所です。

| | | |
|-----------|--------|--------|
| 入浴介助加算（I） | 要介護1～5 | 40単位／日 |
|-----------|--------|--------|

※入浴介助をご利用された場合に算定します。入浴介助に関わる職員に対しては、定期的に入浴介助に関する研修等を行います。

| | | |
|------------------|--------|--------|
| 個別機能訓練加算 (I)イ | 要介護1～5 | 56単位／日 |
| 個別機能訓練加算 (I)ロ | | 76単位／日 |
| 個別機能訓練加算 (II) | | 20単位／月 |

※機能訓練指導員等がご利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、ご利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練を行った場合に算定します。

また、3か月毎に1回以上、ご利用者の居宅を訪問し、ご利用者に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明します。

配置体制により、機能訓練指導員2名以上で機能訓練を行った場合には（I）ロ、機能訓練指導員1名で機能訓練を行った場合には（I）イを算定します。

（II）は（I）に加え、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定します。

| | | |
|----------------------|--------|--------|
| サービス提供体制強化加算 (II) | 要介護1～5 | 18単位／日 |
|----------------------|--------|--------|

※介護職員に占める介護福祉士の人数（常勤換算）の割合が50%以上の場合に算定します。

| | | |
|-------------|--------|--------|
| 科学的介護推進体制加算 | 要介護1～5 | 40単位／月 |
|-------------|--------|--------|

※利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況など心身の状況に係る

基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスの適切かつ有効な提供のために必要な情報を活用している場合に算定します。

| | | |
|------------|--------|--------|
| 栄養アセスメント加算 | 要介護1～5 | 50単位／月 |
|------------|--------|--------|

※管理栄養士、介護職員等が共同して利用者ごとの低栄養リスク及び栄養上の課題について把握し、必要に応じ相談対応するとともに、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定します。原則、栄養改善加算と同時には算定されません。

| | | |
|--------|--------|---------------------|
| 栄養改善加算 | 要介護1～5 | 200単位／回 (月に2回まで) |
|--------|--------|---------------------|

※低栄養状態またはそのおそれのある利用者に対して、ケアマネジメントの一環として、管理栄養士等が共同して栄養ケア計画を作成し、低栄養状態の改善等を目的とした栄養改善サービスを提供した場合に算定します。原則、栄養アセスメント加算と同時には算定されません。

| | | |
|-----------------------|--------|-------------------|
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) | 要介護1～5 | 5単位／回 (6ヶ月に1回) |
|-----------------------|--------|-------------------|

※利用開始時及び6ヶ月ごとに、利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該情報を担当の介護支援専門員に提供した場合に算定します。

| | | |
|-----------------|--------|--------------------------|
| ADL 維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ) | 要介護1～5 | (Ⅰ) 30単位／月 (Ⅱ) 60単位／月 |
|-----------------|--------|--------------------------|

※一定の評価対象期間を通じて、利用者のADLの経過を厚生労働省にデータ提出し、提出データに基づき算出された「ADL利得」の平均値が一定以上である場合に算定します。※(Ⅰ)(Ⅱ)の片方のみ算定されます

| | | |
|--------------|--------|----------|
| 送迎を行わない場合の減算 | 要介護1～5 | ▲47単位／片道 |
|--------------|--------|----------|

※何らかの都合により自宅から事業所間の送迎が行われなかった場合、片道47単位が減算されます。

| | | |
|-------------|---|------------------------------|
| 介護職員等処遇改善加算 | 【基本単位及び各加算の合計単位数】の所定の割合 (Ⅰ) 92/1000 (Ⅱ) 90/1000 (Ⅲ) 80/1000 (Ⅳ) 64/1000 | ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(Ⅳ)のいずれか1つのみ算定されます |
|-------------|---|------------------------------|

※介護職員の処遇改善に要する経費として、算定します。

《介護予防通所サービス及び通所介護に共通のその他の費用》

① 扱食代 1食700円

あなたのご都合により当日の利用をキャンセルした場合には、キャンセル料として700円をいただきます。ただし、ご利用日の前日までにご連絡をいただいた場合にはキャンセル料は無料です。

② おむつ代、その他の日常生活において通常必要とされる費用はあなたの負担となります。

(2) 料金の支払い方法

あなたが当事業所に支払う料金の支払い方法については、月ごとの精算とします。毎月15日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、27日までにお支払い下さい。支払方法は、口座振替にてお願い致します。

(3) その他

○あなたの被保険者証に支払い方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納している為、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業所でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、保険者（市町村）の窓口に提出して差額の払い戻しを受けて下さい。

○通所介護は利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間に利用された場合は、介護保険からの支払いが受けられません。

○介護予防通所サービスは、他の介護予防通所サービス事業所から、介護予防通所サービスを受けている間に、当事業所の介護予防通所サービスを利用された場合は、介護保険からの支払いが受けられません。

○介護予防通所サービスは、利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間に利用された場合は、介護保険の支払いが受けられません。

9 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ア 当事業所に電話でお申し込み下さい。当事業所の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業所の介護予防通所サービス又は通所介護の内容等についてご説明します。
- イ この説明によりあなたからの同意を得た後、当事業所の管理者が介護予防通所サービス計画又は通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- ウ あなたが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者（介護予防の場合は地域包括支援センター）にご相談下さい。

(2) サービスの終了

ア あなたの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7日前までに文書で申し出下さい。

イ 当事業所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あります。この場合は、サービス終了日の30日前までに、文書によりあなたに通知します。その際には、あなたの担当に係る地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定介護予防通所介護事業者又は指定通所介護事業者等の紹介その他必要な措置を速やかに講じます。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが介護保険施設に入所又は、入院した場合
- ・あなたの要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合

更新認定等の結果、要支援であったご利用者が要介護へ、又は要介護であったご利用者が要支援へ変更となった場合には、ご利用者から特に解約の申し出がないときは、当事業所との契約を自動継続するものとします。ただし、ご利用者が受けるサービスは介護保険法令に基づき要支援となった場合には介護予防通所サービスが、要介護となった場合には通所介護がその内容となります。

- ・あなたが亡くなったとき

エ その他

当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合、あなたは文書で通知する事により直ちにこの契約を終了することができます。

10 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) ご住所及び緊急連絡先等の変更がございましたら、速やかにお知らせ下さい。
- (2) ご利用者間の金銭貸借や食べ物等のやりとりはご遠慮下さい。また、大金及び貴重品は、持参しないで下さい。万が一持参しなければならない場合は、当事業所にお申し出下さい。
- (3) 従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- (4) 自分勝手な行動は、慎んでください。ご利用中に困ったことがある時は、遠慮なく当事業所にお申し出下さい。
- (5) 病院等の診療で、お薬の変更や医師より注意すべき事項がある場合は、必ずお知らせ下さい。心臓病、高血圧、低血圧等のお薬を常用なさっている方は、発作等起こる場合がございますので、必ずご持参下さい。
- (6) 連絡ノートは、毎回必ずご持参下さい。

1.1 身体拘束・抑制廃止について

通所介護サービスの提供にあたり、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。利用者に対し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行う場合は、当該利用者並びにご家族に対し、事前に行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明を行い、同意を得るものとします。また、実施した際は詳細に記録し、身体拘束・抑制を早急に改善できるように身体拘束適正化検討委員会を実施し改善していきます。

1.2 緊急時の対応方法

介護予防通所サービス又は通所介護の提供中にあなたに容態の変化等があった場合は、ご家族に連絡して指示を仰ぎます。なお、不在の場合には速やかにあなたの主治医又は救急病院に搬送いたします。

| | | |
|-------|-----|--|
| 主治医 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

1.3 身元保証人

利用者に対して、「身元保証人」1名を定めていただきます。ただし、社会通念上、利用者に身元保証人をたてることができない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。身元保証人は、次の責務を負います。

- ①この利用に基づく利用者の、事業所に対する債務の保証人としての責任を負います。
- ②利用者がご自身の必要のため外出する場合、送迎・付添いを行っていただきます。
- ③利用の解除及び終了時には、利用者の状態に見合った適切な受入れ先の確保に努めていただきます。
- ④利用の終了後には、利用者の身柄及び所持品（残置物）を引き取っていただきます。
また、引渡しにかかる費用については、利用者又は身元保証人にご負担いただきます。
- ⑤その他、利用者の身上に関する必要な措置をお願い致します。

身元保証人の変更・連絡先の変更について

- ・身元保証人の義務の履行が困難になった場合には、利用者は新たな身元保証人を選任して、事業所に通知しなくてはなりません。
- ・施設が新たな身元保証人の選任に同意する場合には、契約当事者間で当該保証人の変更に関する「合意書」を締結し、契約当事者が「利用契約書」と合わせて保管するものとします。

- ・身元保証人の住所・連絡先が変更になる場合には、速やかに事業所までご連絡ください。

14 非常災害対策

| | |
|-----------|--|
| 非常時の対応 | 火災時消火できる場合は、消火器、消火栓にて消火。各署に連絡。消火できない場合は、消防署に通報。 |
| 平常時の防災訓練等 | 毎月1回 防災訓練を実施 施設内消防設備点検、チェック 緊急連絡網の整備 |
| 防災設備 | 消防器具、スプリンクラー設備、パッケージ型自動消火設備、自動火災報知設備、消防機関へ通報する非常通報設備、非常警報器及び設備、避難器具、誘導灯等及び誘導標識、配線、防排煙制御設備、非常電源。 |
| 消防計画 | 消防への届け出 平成21年11月6日 届け出済 防火管理者 猪又吉一 内容 (1) 消防計画の検討及び変更 (2) 消火・通報・避難訓練の計画とその実施 (3) 建物等の自主検査及び消防用設備等の点検の実施とその指導監督 (4) 火気の使用又は取扱いに関する指導監督 (5) 利用者の把握と安全管理 (6) 管理権限者に対する助言及び報告 (7) その他防火管理上、必要な業務 |

15 業務継続計画（BCP）

感染症や非常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し、早期の業務再開を図るための業務継続計画（BCP）を策定し、計画に基づいて定期的に訓練や内容の見直しを行っています。

16 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、速やかに市町、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要かつ適切な措置を講じます。
- (2) 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (3) 事故防止安全衛生点検委員会において、その分析を通じた改善策を検討するとともに、従業者に再発防止を周知徹底する体制を整備します。

17 損害賠償

当事業所において、事業所の責任によって利用者に生じた損害については、当事業所

は賠償額が確定し次第速やかにその損害を賠償します。

但し、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められ、かつ利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合、当事業所の損害賠償額が減額されることがあります。

（例：利用者が転倒により骨折したとき、事業所に明らかな過失が認められない場合、治療費は利用者負担となることがあります）

また、天災・事変などの不可抗力、火災・盗難・暴動・不慮の事故により利用者が受けた損害については、当事業所の故意または重大な過失による場合を除き、当事業所は一切の賠償責任を負いません。

18 虐待防止の取組みと発生時の対応

利用者やその家族に対して、虐待に該当する行為を行うことのないよう虐待防止の理解をはじめとする研修等を行い、発生の予防に努めます。また、虐待が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告します。

19 福祉サービス第三者評価の実施有無

実施はありません。

20 苦情処理

(1) あなたは、当事業者の介護予防通所サービス又は通所介護の提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。また、苦情を申し立てたことにより、何ら差別待遇を受けません。

苦情受付担当者 沼津フジビューデイサービスセンター
電話番号 055-926-8502
担当者 小池 佳子

苦情解決責任者 河野 義文（沼津フジビューデイサービスセンター管理者）
電話番号 055-926-8500

このほか、公的機関や当事業所が設置する第三者委員等に苦情を申し立てることができます。

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| 沼津市 市民福祉部 長寿福祉課 | 電話 055-934-4873 |
| 長泉町 長寿介護課 | 電話 055-989-5511 |
| 静岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口 | 電話 054-253-5590 |

| | |
|-------|--|
| 第三者委員 | ○森田 紀 沼津市大岡345-1 055-962-3335 ○越川 年 沼津市岡宮1330-41 055-921-8509 |
|-------|--|

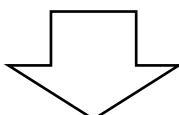
※第三者委員は、公平中立な立場で苦情を受け付け、相談にのっていただける委員です。

(2) 苦情の申し出があった場合における当事業所の苦情処理の手順は次のとおりです。

苦情解決の取り組みの流れについて

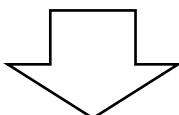
(1) 苦情の受付

- ①苦情受付担当者は、ご利用者等からの苦情を随時受け付けます。なお、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。
- ②苦情受付担当者は、ご利用者からの苦情受付に際し、次の事項を書面に記録し、その内容について苦情申出人に確認します。
 - ア 苦情の内容 イ 苦情申出人の希望等 ウ 第三者委員への報告の要否
 - エ 苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの第三者委員の助言、立ち会いの要
- ③ウ及びエが不要な場合は、苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いによる解決を図ります。



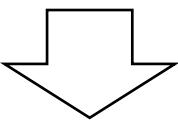
(2) 苦情受付の報告・確認

- ①苦情受付担当者は、受け付けた苦情はすべて苦情解決責任者と第三者委員に報告します。ただし、苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合を除きます。
- ②投書などの匿名の苦情については、第三者委員に報告し、必要な対応を行います。
- ③第三者委員は、苦情受付担当者から苦情内容の報告を受けた場合は、内容を確認するとともに苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。



(3) 苦情解決に向けての話し合い

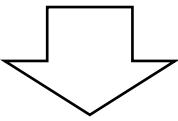
- ①苦情解決責任者は苦情申出との話し合いによる解決に努めます。その際、苦情申出人又は苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員の助言を求めるることができます。
- ②第三者委員の立ち会いによる苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いは、次により行います。なお、苦情解決責任者も第三者委員の立ち会いを要請することができます。
 - ア 第三者委員による苦情内容の確認 イ 第三者委員による解決案の調整、助言 ウ 話し合いの結果や改善事項等の書面での記録と確認



(4) 苦情解決結果の記録、報告

①苦情解決や改善を重ねることにより、サービスの質が高まり、運営の適正化が確保されます。これらを実効あるものとするため、記録と報告を積み重ねていきます。

- ア 苦情受付担当者は、苦情受付から解決、改善までの経過と結果について書面に記録します。
- イ 苦情解決責任者は、一定期間ごとに苦情結果について第三者委員に報告し、必要な助言を受けます。
- ウ 苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人及び第三者委員に対して一定期間経過後、報告します。



(5) 解決結果の公表

①ご利用者によるサービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き 「事業報告書」や 「広報誌」等に実績を掲載し、公表します。

令和 年 月 日

(事業者)

通所介護（介護予防通所サービス）の提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

なお、加算については加算条件を満たした場合の算定となること、ご利用中に加算の内容が変更となる場合があることを説明しました。

所在地 静岡県沼津市大岡3571番地の1
名 称 社会福祉法人 駿河厚生会
説明者 沼津フジビューデイサービスセンター

印

(利用者)

この説明により、通所介護（介護予防通所サービス）に関する重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

なお、加算については加算条件を満たした場合の算定となること、利用中に加算の内容が変更となることに同意しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人（選任した場合） 署名代行者（代筆した場合） 家族・立会人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者との関係 _____