

# 指定通所介護事業所ながまち荘重要事項説明書

## 山形市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス(従前相当)重要事項説明書

(令和6年6月1日)

通所介護の提供開始に当たり、厚生省令第37号第105条に基づいて、重要事項を次のとおり説明します。

1 法人及び事業主体				
区 分		内 容		
法人	名 称	社会福祉法人 <sup>恩賜</sup> 財団 <sup>財団</sup> 済生会支部山形県済生会		
	所 在 地	山形市沖町79番地の1		
	代 表 者	支部長 濱崎 允		
	電 話 番 号	023(682)1131		
事業所	名 称	指定通所介護事業所ながまち荘		
	所 在 地	山形市長町751番地		
	管 理 者	岩崎 勝也		
	事業の種類	介護保険事業所指定番号		入所・ 利用定員
		指定許可年月日	指定許可(更新)年月日	
	更新有効期間			30人
	居宅	通所介護	山形県 市0670100460	
			平成12年1月4日	令和2年3月24日
			令和2年4月1日～令和8年3月31日	
	通所型サービス(従前相当)	令和2年3月30日		
	居宅	短期入所生活介護	山形県 市0670100478	
			平成12年1月4日	令和2年3月24日
			令和2年4月1日～令和8年3月31日	
	介護予防短期入所生活介護	令和2年3月24日		
施設	介護老人福祉施設	山形県 市0670100734		
		平成12年4月1日	令和2年3月23日	
		令和2年4月1日～令和8年3月31日		
居宅介護支援事業	山形県 市0670100015			
	平成11年8月2日	令和2年3月23日		
	令和2年4月1日～令和8年3月31日			
通常の実施区域	山形市内全域			
電 話 番 号	023(681)7589			
ファクシミリ番号	023(684)2394			
電 子 メ ー ル	nagamachi-day@yamagata-saiseikai.org			
項 目	内 容			
2 事業の目的及び事業所運営の方針				
(1) 事業の目的	通所介護事業の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護職員等が要介護状態等(介護予防)にある高齢者に対し、適正な介護サービスを提供する。			
(2) 運営方針	<p>ア 当事業所は、要介護者等(介護予防)の心身の特性を踏まえて、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、日常生活上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ため生活全般にわたる援助を行う。</p> <p>イ 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健医療サービス又は福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。</p>			

3 事業所の概要									
(1) 事業等の種類及び説明	<p>(種類)通所介護 (説明) ア 「通所介護(通所型サービス(従前相当))」とは、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、必要な日常生活上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等を図るために、指定通所介護サービスを提供する事業所です。 イ 利用するためには、介護保険制度における要介護認定を受ける必要があります。</p>								
(2) 交通の便	<p>ア JR奥羽本線・仙山線 羽前千歳駅下車 徒歩15分 イ 山形交通バス 山形＝楯岡線・山形＝漆山＝天童線・山形＝漆山住宅前 山形＝寺津線① 千歳駅前下車 徒歩10分</p>								
(3) 土地、建物の面積等	<p>ア 敷地 9,477.33㎡ イ 建物 3,788.30㎡ 鉄筋コンクリート造り平屋建</p>								
(4) 開設日	平成2年7月1日								
(5) 主な設備等	食堂、休養介護室、浴室、便所、ステーション、厨房、介護者相談室、機能訓練室								
(6) 営業日、営業時間及びサービス提供時間	営業日	月曜日～土曜日、祝日、但し、日曜日、1月1日から3日までを除く。							
	営業時間	午前8時から午後6時まで							
	サービス提供時間	7時間以上8時間未満：午前9時30分から午後4時45分まで							
4 利用に関する事項									
(1) 利用の条件	<p>ア 利用は、要介護認定の結果、事業対象者、要支援(介護予防)・要介護と認定された方が対象となります。介護保険の被保険者証で確認願います。 イ 利用の場合には、重要事項説明の後、契約書を取り交わして頂きます。</p>								
(2) 持ち込み制限	貴重品は持ち込まないで下さい。その他は相談下さい。								
5 職員の職種・員数及び職務内容									
(1) 職種及び員数	職種	員数	常勤		常勤以外		常勤換算	指定基準	摘要
			専従	兼務	専従	兼務			
	管理者	1人		1人				1人	
	生活相談員	2人	1人	1人				1人	
	看護職員	3人	1人		1人	1人		6人	
	介護職員	8人	6人	1人	1人				
	管理栄養士	1人		1人				—	
	機能訓練指導員	2人	1人			1人		1人	
	歯科衛生士	1人				1人		1人	
	事務職員	1人		1人				—	
管理員	5人				2人	3人	—		
計	24人	9人	5人	5人	5人		10人		
※夜警業務、洗濯・清掃業務は業務委託契約を行っています。									
(2) 職務内容	管理者	事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。							
	生活相談員	利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又は家族に対し、その相談に応じ、必要な助言・援助を行うとともに、自らも介護業務等を行う。また、送迎の運転業務を行う。							
	看護職員	利用者の健康の状況に注意し、必要に応じ健康保持のための措置を行う。また、介護業務等を行う。							
	介護職員	必要な日常生活上の世話及び利用者の送迎に関する自動車の運転業務等を行う。							
	管理栄養士	献立の作成、給食材料の調達及び食事摂取状況の把握等並びに調理業務の指導及び衛生管理を行う。							

(2) 職務内容	機能訓練指導員	利用者の心身の状態に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を回復し、又はその減退を防止するための訓練を行う。		
	歯科衛生士	口腔機能の低下している利用者に対し、口腔機能の改善を行う。		
	事務職員	必要な事務を行う。		
	管理員	施設・設備管理、利用者の送迎に関する自動車の運転業務等を行う。		
(3) 職員の勤務体制	勤務形態	始業時間	終業時間	休憩時間
	早出	8:00	17:00	11:30~12:30 又は 12:30~13:30
	日勤	8:30	17:30	
	遅出	9:00	18:00	
(4) 職員の専門資格取得の状況	社会福祉主事 2人、介護福祉士7人、看護師3人、社会福祉士1人、介護支援専門員1人、管理栄養士1人、歯科衛生士1人、作業療法士1人			
(5) 機能訓練に係る専門職員の有無等	有(作業療法士) 機能訓練については、作業療法士による利用者の状況に適合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。			

## 6 認知症の対応

(1) 認知症への対応	認知症の場合も、当事業所で拘束、抑制することなく対応します。
(2) 契約上の取扱い	他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼし、通常の介護方法では、これを防止できない等、契約上の信頼関係を著しく害するような場合に限り、契約を解除する場合があります。

## 7 提供するサービス費用

### (1) 介護保険給付の利用料金と対象となる主なサービス

介護保険給付の料金となります。介護保険負担割合証の割合により、下記の金額をご負担いただきます。また、介護保険給付を受けることが出来ない場合は、要介護1の金額設定にて下記の金額をご負担頂くこととなります。

ア 介護保険給付対象サービス料金	I 通常規模型通所介護費(I) 日額									
	ア 利用時間 7時間以上8時間未満									
	介護度	基本料金			入浴介助加算			合計		
		1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
	要介護1	658円	1,316円	1,974円	40円	80円	120円	698円	1,396円	2,094円
	要介護2	777円	1,554円	2,331円				817円	1,634円	2,451円
	要介護3	900円	1,800円	2,700円				940円	1,880円	2,820円
	要介護4	1,023円	2,046円	3,069円				1,063円	2,126円	3,189円
	要介護5	1,148円	2,296円	3,444円				1,188円	2,376円	3,564円
	イ 利用時間 6時間以上7時間未満									
	介護度	基本料金			入浴介助加算			合計		
		1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
	要介護1	584円	1,168円	1,752円	40円	80円	120円	624円	1,248円	1,872円
	要介護2	689円	1,378円	2,067円				729円	1,458円	2,187円
	要介護3	796円	1,592円	2,388円				836円	1,672円	2,508円
要介護4	901円	1,802円	2,703円	941円				1,882円	2,823円	
要介護5	1,008円	2,016円	3,024円	1,048円				2,096円	3,144円	
ウ 利用時間 5時間以上6時間未満										
介護度	基本料金			入浴介助加算			合計			
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	
要介護1	570円	1,140円	1,710円	40円	80円	120円	610円	1,220円	1,830円	
要介護2	673円	1,346円	2,019円				713円	1,426円	2,139円	
要介護3	777円	1,554円	2,331円				817円	1,634円	2,451円	
要介護4	880円	1,760円	2,640円				920円	1,840円	2,760円	
要介護5	984円	1,968円	2,952円				1,024円	2,048円	3,072円	

エ 利用時間 4時間以上5時間未満

介護度	基本料金			入浴介助加算			合計		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
要介護1	388円	776円	1,164円	40円	80円	120円	428円	856円	1,284円
要介護2	444円	888円	1,332円				484円	968円	1,452円
要介護3	502円	1,004円	1,506円				542円	1,084円	1,626円
要介護4	560円	1,120円	1,680円				600円	1,200円	1,800円
要介護5	617円	1,234円	1,851円				657円	1,314円	1,971円

オ 利用時間 3時間以上4時間未満

介護度	基本料金			入浴介助加算			合計		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
要介護1	370円	740円	1,100円	40円	80円	120円	410円	820円	1,230円
要介護2	423円	846円	1,269円				463円	926円	1,489円
要介護3	479円	958円	1,437円				519円	1,038円	1,557円
要介護4	533円	1,066円	1,599円				573円	1,146円	1,719円
要介護5	588円	1,176円	1,764円				628円	1,256円	1,884円

【個別機能訓練加算】

① 個別機能訓練加算Ⅰ（イ）

	1割	2割	3割
要介護1～5	56円/日	112円/日	168円/日

・機能訓練の職務に従事する機能訓練指導員により、直接的に機能訓練を行う体制をとっています。機能訓練指導員、看護職員、介護職員等が共同して、個別機能訓練計画を作成します。作成にあたっては、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資することを目的として複数の機能訓練の項目が設定され、その実施にあたっては、グループに分けて活動を行います。

② 個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）

	1割	2割	3割
要介護1～5	76円/日	152円/日	228円/日

・個別機能訓練加算Ⅰ（イ）に加えて、機能訓練の職務に従事する作業療法士等を1名配置します。

③ 個別機能訓練加算Ⅱ

	1割	2割	3割
要介護1～5	20円/月	40円/月	60円/月

・個別機能訓練加算Ⅰに加え、個別機能訓練計画の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けることにより、PDCAサイクルを推進します。

【中重度者ケア体制加算】

	1割	2割	3割
要介護1～5	45円/日	90円/日	135円/日

・専ら提供に当たる看護職員を一名以上配置し、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で二以上確保しています。要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が30%以上である体制のために算定となります。

ア 介護保険給付対象サービス料金

**【認知症加算】**

	1割	2割	3割
要介護1～5	60円/日	120円/日	180円/日

- ・認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修、実践的な研修を終了した者を一名以上配置し、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で二以上確保しています。利用者の総数のうち、日常生活の支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから、介護を必要とする認知症の者の占める割合が15%以上であるために算定となります。

**【口腔機能向上加算】**

(月2回限度)

	1割	2割	3割
要介護1～5	150円/日	300円/日	450円/日

- ・口腔機能の低下している又はおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、定期的に評価等を行います。

**【ADL維持等加算（I）】**

	1割	2割	3割
要介護1～5	30円/月	60円/月	120円/月

- ・通所介護の利用者の心身機能の重度化を防止し、機能を維持できていることの評価を行います。

ア  
介護  
保険  
給付  
対象  
サー  
ビス  
料金**【科学的介護推進体制加算】**

	1割	2割	3割
要介護1～5	40円/月	80円/月	120円/月

- ・利用者様毎の身体の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報その他サービスを適切かつ有効に活用するために必要な情報を活用することにより、PDCAサイクルを推進します。

**【入浴介助加算（I）】**

	1割	2割	3割
要介護1～5	40円/日	80円/日	120円/日

- ・入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備があり、利用時に入浴されることにより加算が算定されます。

**【サービス提供体制強化加算（I）】**

	1割	2割	3割
要介護1～5	22円/日	44円/日	66円/日

- ・介護職員の総数に占める経験年数10年以上の介護福祉士の割合が25%以上配置されています。

**【介護職員等処遇改善加算I】**

- ・介護職員の賃金向上を目的に、基本サービス費に各種加算減算を加えた1月当たりの総単位数にサービス別加算（通所介護9.2%）乗じた単位数を加算します。

※介護保険の給付限度内であれば、利用者の負担額は介護サービス料金の1割～3割です。なお、指定通所介護の法定代理受領サービスであるときに利用者が支払う額は、利用料の1割～3割の額とします。

II 通所型サービス(従前相当)

月額

		基本料金		
		1割	2割	3割
事業対象者	週1回	1,798	3,596	5,394
	週2回	3,621	7,242	10,863
要支援1・2	週1回	1,798	3,596	5,394
	週2回	3,621	7,242	10,863

【口腔機能向上加算】

	1割	2割	3割
事業対象者／要支援1・2	150円/月	300円/月	450円/月

- ・口腔機能の低下している又はおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、定期的に評価等を行います。

【科学的介護推進体制加算】

	1割	2割	3割
要介護1～5	40円/月	80円/月	120円/月

- ・利用者様毎の身体の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報その他サービスを適切かつ有効に活用するために必要な情報を活用することにより、PDCAサイクルを推進します。

【サービス提供体制強化加算(Ⅰ)】

- ・介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上配置されています。

		1割	2割	3割
事業対象者	週1回	88円/月	176円/月	264円/月
	週2回	176円/月	352円/月	528円/月
要支援1	-	88円/月	176円/月	264円/月
要支援2	-	176円/月	352円/月	528円/月

【介護職員等処遇改善加算Ⅰ】

- ・介護職員の賃金向上を目的に、基本サービス費に各種加算減算を加えた1月当たりの総単位数にサービス別加算(通所介護9.2%)乗じた単位数を加算します。

※介護保険の給付限度内であれば、利用者の負担額は介護サービス料金の1割～3割です。なお、指定通所介護の法定代理受領サービスであるときに利用者が支払う額は、利用料の1割～3割の額とします。

ア 介護保険給付対象サービス料金

イ 介護保険給付対象の主なサービス

ア 相談及び援助

利用者及びその家族等からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。

イ 排泄介助

利用者の身体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。

ウ 健康管理

(ア)主治の医師による健康管理に努めます。

(イ)緊急等必要な場合には、主治の医師或いは同一法人の協力病院である山形済生病院等に責任をもって引き継ぎます。

エ 送迎

送迎を希望する利用者には、事業所の送迎車で送迎を実施します。

オ 入浴サービス

入浴サービスを実施します。

(2) 介護保険給付対象外(自己負担)となるサービス		
ア 介護保険給付対象外サービス料金	次に掲げる費用は、利用者の実費負担とします。	
	ア 食費(日額)	690 円
	イ 野外行事参加費	実 費
	ウ 理美容代	実 費
	エ 学習療法(月額基本実施料)	実 費
イ 介護保険給付対象外となるサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事サービス 食事は、栄養並びに本人の身体の状況及び嗜好を考慮し、普通食・粥食・ミキサー食・おかずの刻み食等配慮します。又、自立支援のために離床して食堂で食事を取って頂くことを原則とします。 経管栄養食の場合には水分補給として(白湯またはお茶とイオン飲料)をご用意致します。</li> </ul>	
(3) 消費税	介護保険給付対象外の自己負担(ア 食費、エ 学習療法以外)については、別途消費税がかかります。	
(4) 取消料	利用予定日の前日の 12 時までに利用キャンセルの連絡が無かった場合、取消料(食費相当額 690 円)を徴収致します。※但し、月曜日利用の方は前々日の 12 時となります。	
(5) 料金改定	<p>ア 介護保険給付対象のサービス利用料金については、介護給付費体系の変更があった場合には、変更になります。</p> <p>イ 介護保険給付対象外のサービス利用料金については、経済状況の著しい変更その他やむを得ない事由がある場合には、事前に説明したうえで、利用料金を変更することがあります。</p>	
<b>8 地域との交流</b>		
(1) ボランティア・実習生の受容	定期的及び随時ボランティア・実習生の受け入れを行っています。ご理解とご協力をお願い致します。	
<b>9 緊急時の対応</b>		
(1) 医療機関	利用者に病状の急変等が生じた場合には、速やかに主治の医師等に連絡を行うなど必要な措置を講じます。	
<b>10 非常災害時の対応</b>		
(1) 非常時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・別に定める「ながまち荘消防防災計画」に定めるところにより対応します。</li> <li>・消防計画に基づき、消防本部および地区消防団の指導・協力を得て、消防訓練・避難訓練等を行います。また、有事に備え、地域の応援を得ます。</li> </ul>	
(2) 近隣との協力	自主防災会協力員の支援を受けております。	
<b>11 秘密保持</b>	正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を第三者へ漏らしません。この取扱は契約終了後も同様とします。	
<b>12 サービスの利用方法等</b>		
(1) サービスの利用開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員と利用期間等をご相談いただき、介護支援専門員を通してお申し込みください。</li> <li>・自ら居宅サービス計画を作成している場合は、直接電話等でお申し込みください。</li> </ul> <p>※利用期間決定後、契約を締結致します。</p>	
(2) サービスの終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の都合でサービスを終了する場合 サービス終了を希望する日の 1 週間前までに文書で申し出てください。</li> <li>・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時事用により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了 1 か月前までに文書で通知します。</li> </ul>	

(3) 健康上の理由による中止	<ul style="list-style-type: none"> <li>・風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。</li> <li>・当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合又は本人が拒否した場合は、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。</li> <li>・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。必要に応じて速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。</li> </ul>
-----------------	---

### 13 相談窓口

(1) 指定通所介護事業所ながまち荘	担 当 者	副主任介護職員 伊藤 雄太
	受 付 時 間	月～金曜日 午前8時30分 ～ 午後5時30分 但し、国民の祝日に関する法律に規定する休日、1月2日・3日及び12月29日から31日までを除く
	電 話 番 号	023(681)7589
(2) 指定居宅介護支援事業所ながまち荘	所 在 地	山形市長町751番地
	電 話 番 号	023(681)2865
	ファクシミリ番号	023(684)2394
	利 用 時 間	月～金曜日 午前8時30分 ～ 午後5時30分 但し、国民の祝日に関する法律に規定する休日、1月2日・3日及び12月29日から31日までを除く
(3) 山形市役所指導監査課	所 在 地	山形市旅籠町二丁目3番25号
	電 話 番 号	023(641)1212(代)
	ファクシミリ番号	023(624)8887
	利 用 時 間	月～金曜日 午前8時30分 ～ 午後5時30分 但し、国民の祝日に関する法律に規定する休日を除く
(4) 山形県国民健康保険団体連合会	所 在 地	寒河江市大字寒河江字久保6番地
	電 話 番 号	0237(87)8006(苦情・相談専用)
	ファクシミリ番号	0237(83)3354(苦情・相談専用)
利 用 時 間	月～金曜日 午前9時 ～ 午後4時 (祝日及び12月29日から1月3日までを除く)	

### 14 苦情解決体制

(1) 苦情解決責任者	山形県済生会医療福祉センター	担 当 者	常務理事 鈴木 光弘
		所 在 地	山形市沖町79番地の1
		電 話 番 号	023(682)1131
		ファクシミリ番号	023(682)1132
	受 付 時 間	月～金曜日 午前9時00分 ～ 午後5時00分 但し、国民の祝日に関する法律に規定する休日を除く	
	ながまち荘	担 当 者	施設長 岩崎 勝也
		所 在 地	山形市長町751番地
		電 話 番 号	023(684)2391
ファクシミリ番号		023(684)2394	
受 付 時 間	月～金曜日 午前8時30分 ～ 午後5時30分 但し、国民の祝日に関する法律に規定する休日を除く		
(2) 苦情受付担当者	山形県済生会医療福祉センター	担 当 者	事務局長 長岡 淳司
		所 在 地	山形市沖町79番地の1
		電 話 番 号	023(682)1131
		ファクシミリ番号	023(682)1132
	受 付 時 間	月～金曜日 午前9時00分 ～ 午後5時00分 但し、国民の祝日に関する法律に規定する休日を除く	
	ながまち荘	担 当 者	業務主査 手塚 敬一郎
		所 在 地	山形市長町751番地
		電 話 番 号	023(684)2391
ファクシミリ番号		023(684)2394	

	受付時間	月～金曜日 午前8時30分～午後5時30分 但し、国民の祝日に関する法律に規定する休日を除く
(3) 第三者委員	鈴木 弥夫 (すずき ひさお)	
	飯澤 ひろみ (いいざわ ひろみ)	
	芳賀 豊松 (はが とよまつ)	
	連絡先 (苦情申出先)	soudan@yamagata-saiseikai.org
15 事故発生の防止及び発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故発生の防止及び発生時の対応のために、安全管理指針、事故発生時の対応マニュアルを整備します。</li> <li>・事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を職員に周知徹底する体制を整備します。それに伴う安全対策体制のための担当者を設置します。</li> <li>・事故発生防止のための委員会及び職員に対する研修を、定期的実施をします。</li> <li>・利用者に対する事業の提供により事故が発生した場合は、速やかに県、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係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、利用者に対する事業の提供により損害を与えたときは、その損害を速やかに賠償します。</li> <li>・事故発生時においては、別に定める『ながまち荘事故発生時の対応マニュアル』に定めるところにより、対応いたします。</li> </ul>	
16 虐待防止のための措置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。</li> <li>・虐待防止のための指針を整備します。</li> <li>・職員に対し、虐待の防止のための研修を、定期的実施をします。</li> <li>・上記措置を適切に実施するための担当者を設置します。</li> </ul>	
17 当施設利用の留意事項		
(1) 施設・設備器具の利用	施設、設備及び器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂くことがあります。	
(2) 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。	
(3) 宗教活動等	施設内で他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。	
(4) 動物の持ち込み	施設内へのペットの持ち込みはお断りします。	

令和 年 月 日

通所介護事業所の提供開始に当たり、利用者及び代理人に対して本書に基づいて重要事項を説明しました。

名称 指定通所介護事業所ながまち荘  
所在地 山形市長町751番地

説明者 職名 副主任介護職員  
氏名 伊藤 雄太 ㊟

私は、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て、同意しました。

利用者 住所  
氏名 ㊟

代理人 住所  
氏名 ㊟