

重要事項説明書

(地域密着型通所介護)

ご利用者名 _____ 様

事業者名 _____ デイルーム花あかり _____

重 要 事 項 説 明 書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定地域密着型通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 指定通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社 アテナ
代表者氏名	代表取締役 花川 豪
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府羽曳野市南恵我之荘 8 丁目 6 番 6 号 (電話 072-937-5797・FAX072-937-5798)
法人設立年月日	平成 20 年 2 月 7 日

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	デイルーム花あかり
介護保険指定 事業者番号	羽曳野市指定 2773801986 号
事業所所在地	大阪府羽曳野市南恵我之荘 8 丁目 6 番 9 号
連絡先 相談担当者名	電話/FAX072-931-0066 管理者 杉野 孝治
事業所の通常の 事業の実施地域	羽曳野市
利用定員	1 日 10 名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	(運営規程記載内容の要約) 指定地域密着型通所介護事業の適正な運営を確保する為に必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び介護職員、機能訓練指導員が、要介護状態の利用者に対し、適切な指定地域密着型通所介護を提供することを目的とする。
運営の方針	(運営規程記載内容の要約) 指定地域密着型通所介護の提供にあたって、要介護状態の利用者に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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図る為に必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日・火曜日・木曜日・金曜日・土曜日（但し、12 月 31 日～1 月 3 日はのぞく）
営業時間	9:00～18:00

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日・火曜日・木曜日・金曜日・土曜日（但し、12 月 31 日～1 月 3 日はのぞく）
サービス提供時間	9:30～17:00

(5) 事業所の職員体制

管理者		杉野 孝治
職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者へ通所介護計画を交付します。 5 指定地域密着型通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。	常勤 1 名 (生活相談員兼務)
生活相談員	1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	常勤 2 名 (うち 1 名は管理者兼務・1 名は介護職員兼務)
介護職員	1 地域密着型通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常勤 1 名 (相談員兼務) 非常勤 4 名
機能訓練指導員	1 地域密着型通所介護計画に基づき、その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、機能訓練を行います。	非常勤 2 名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
地域密着型通所介護計画の作成		1 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 2 地域密着型通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3 地域密着型通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、地域密着型通所介護計画書を利用者に交付します 4 それぞれの利用者について、地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
利用者居宅への送迎		事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。

機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他特別なサービス (利用者に対するアセスメントの結果、必要と認められる場合に提供します。)	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
	個別機能訓練 (Ⅰ)(Ⅱ)	個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供をおこないます。
	栄養改善 注) 1	低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。(原則として利用開始から3か月以内まで)
	口腔機能向上 注) 2	口腔機能の低下している又はその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、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。(原則として利用開始から3か月以内まで)
	若年性認知症利用者受入	若年性認知症(40歳から64歳まで)の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。

注) 1 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注) 2 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

(2) 地域密着型通所介護従業者の禁止行為

地域密着型通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為(ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。)
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)について (利用者負担額は1割負担の方の場合の目安です)

サービス提供 時間数	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	
	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り)	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り)	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り)
要介護1	4,272円	428円	4,477円	448円	6,747円	675円
要介護2	4,909円	491円	5,145円	515円	7,969円	797円
要介護3	5,545円	555円	5,812円	582円	9,201円	921円
要介護4	6,162円	617円	6,459円	646円	10,403円	1,041円
要介護5	6,809円	681円	7,137円	714円	11,646円	1,165円

サービス提供 時間数	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	
	利用料 (1 日当り)	利用者 負担額 (1 日当り)	利用料 (1 日当り)	利用者 負担額 (1 日当り)	利用料 (1 日当り)	利用者 負担額 (1 日当り)
要介護 1	6,963 円	697 円	7,733 円	774 円	8,041 円	805 円
要介護 2	8,226 円	823 円	9,140 円	914 円	9,499 円	950 円
要介護 3	9,499 円	950 円	10,598 円	1,060 円	11,009 円	1,101 円
要介護 4	10,773 円	1,078 円	12,036 円	1,204 円	12,529 円	1,2453 円
要介護 5	12,036 円	1,204 円	13,474 円	1,348 円	14,018 円	1,402 円

加 算		利用料	利用者 負担額	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	個別機能訓練加算Ⅰイ	575 円	58 円	個別機能訓練を実施した日数
	個別機能訓練加算Ⅰロ	780 円	78 円	
	個別機能訓練加算Ⅱ	205 円	21 円	1 ヶ月につき 1 回
	若年性認知症受入加算	616 円	62 円	サービス提供日数
	栄養改善加算	2,054 円	206 円	月に 2 回を限度
	栄養スクリーニング加算Ⅰ	214 円	22 円	6 ヶ月に 1 回を限度
	栄養スクリーニング加算Ⅱ	53 円	6 円	
	口腔機能向上加算Ⅰ	1,608 円	161 円	月に 2 回を限度
	口腔機能向上加算Ⅱ	1,715 円	172 円	
	A D L 維持等加算Ⅰ	308 円	31 円	1 ヶ月につき 1 回
	A D L 維持等加算Ⅱ	616 円	62 円	1 ヶ月につき 1 回
	A D L 維持等加算Ⅲ	30 円	3 円	サービス提供日数
	中重度ケア体制加算	462 円	47 円	月に 1 回
	送迎減算（片道につき）	-483 円	-49 円	送迎を行わなかった場合
	介護職員等処遇改善加算	所定単位数 の 80/1000		1 カ月の保険対象分の金額に 8.0%の加算が上乘せされます。

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び地域密着型通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行ないます。

※ 利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2 時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。

※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。

※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいっただんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

4 その他の費用について

① 送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に 応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	前日 18 時までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	当日 9 時までにご連絡の場合	食事代相当の 500 円を請求いたします。
	当日 9 時以降（送迎出発以降）	1 提供当りの料金の 50%を請求いたします。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
③ 食事の提供に要する費用	500 円（1 食当り 食材料費及び調理コスト）運営規程の定めに基づくもの	
④ おむつ代	150 円（1 枚当り）運営規程の定めに基づくもの	

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 20 日までに利用者あてお届け（郵送）します。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 25 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）事業者指定口座への振り込み （25 日振替 但し、休日の場合は翌日） （イ）利用者指定口座からの自動振替 （ウ）現金支払い イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 サービスの提供にあたって

- サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「地域密着型通所介護計画」を作成します。なお、作成した「地域密着型通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認くださいようお願いします。
- サービス提供は「地域密着型通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「地域密着型通所介護

計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

- (5) 地域密着型通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

7 虐待の防止について

事業者は、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ます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	代表取締役 花川 豪
-------------	------------

- (1) 成年後見制度の利用を支援します。
(2) 苦情解決体制を整備しています。
(3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
(4) 虐待を発見したら市町村に通報いたします。
(6) 虐待を防止するための対策を検討する委員会を設置しています。

8 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また、事業者は、身体拘束防止のための対策として指針の整備、委員会の設置、定期的な従業者への研修を実施します。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
(2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
(3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

9 感染症対策について

事業者は、事業所内の衛生管理、介護ケアにかかる感染対策を行い、感染症の予防に努めます。感染症の発生、その再発を防止するために感染症対策委員会を設置し、その結果について従業者に周知します。その他、指針の整備、従業者への研修を実施し感染症対策に努めていきます。

10 業務継続計画について

事業者は、感染症や非常災害の発生においてご利用者様のサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の事業再開を図れるよう次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 業務継続計画を策定しています。

- ② 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

1 1 ハラスメントについて

事業者は、従業者の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようにハラスメントの防止に向け、指針の整備や従業者に対し定期的な研修を実施します。

1 2 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ③ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ④ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ⑤ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

1 3 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	利用者の主治医	Dr	
	所属医療機関名称		
	所在地		
	電話番号		
家族等	緊急連絡先の家族等	続柄	
	住所		
	電話番号	ご自宅	携帯電話

1 4 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、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、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

市町村/担当部・課名	
電話番号	
居宅介護支援事業者名	
担当介護支援専門員名	
所在地	
電話番号	

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	財団法人 介護労働安定センター (幹事会社を東京海上日動として、他者4社との共同保険となっております)
保険名	賠償責任保険
補償の概要	介護業務を行う事業者が、業務中に他人の身体を傷つけたり、他人の物を壊したり、又はケアプラン作成ミスによって利用者に過剰な経済的負担をさせたことにより、法律上の賠償責任を負担しなければならない場合に、その賠償金等を保証する保険です。

1 5 心身の状況の把握

指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

1 6 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定地域密着型通所介護の提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「地域密着型通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

1 7 サービス提供の記録

- ① 指定地域密着型通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

1 8 非常災害対策

ア 事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者(管理者 杉野 孝治)

イ 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、

それらを定期的に従業員に周知します。

ウ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年2回 5月・11月）

19 衛生管理等

- ① 指定地域密着型通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 指定地域密着型通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

20 指定地域密着型通所介護サービス内容の見積もりについて

- このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) 提供予定の指定地域密着型通所介護の内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	提供 時間帯	サービス内容					介護保険適 用の有無	利用料	利用者負 担額
		個別機能 訓練（Ⅰ）	栄養 改善	口腔機能 向上	送迎	食事 提供			
・	～							円	円
1週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額								円	円

(2) その他の費用

① 送迎費の有無	（有・無の別を記載）サービス提供1回当たり…（ ）
② キャンセル料	重要事項説明書4－②記載のとおりです。
③ 食事の提供に要する費用	重要事項説明書4－③記載のとおりです。
④ おむつ代	重要事項説明書4－④記載のとおりです。

(3) 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	
----------	--

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用金表の活用も可能です。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

21 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ア 提供した指定地域密着型通所介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

苦情を受付けた場合、苦情内容を正確に苦情処理受付簿に記入し、事業所で定めた次の処理手順に基づき、迅速に対応する。

- ① 苦情原因の把握・・・当日又は時間帯によっては翌日
利用者宅に訪問させていただき、受付けた苦情内容を確認するとともに、今後の対応や予定を説明し了解を得る。また、速やかに解決を図る旨、伝言する。
- ② 検討会の開催
苦情内容の原因を分析するため、関係者の出席のもと、対応策の協議を行う。
- ③ 改善の実施
利用者に対し、対応策を説明して同意を得る。
改善を速やかに実施し、改善状況を確認する。
(損害を賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行う。)
- ④ 解決困難な場合
保険者に連絡し、助言・指導を得て改善を行う。また、解決できない場合には、保険者と協議し、国保連への連絡も検討する。
- ⑤ 再発防止
同様の苦情、事故が起こらないように苦情処理の内容を記録し、従業者へ周知するとともに、「苦情処理マニュアル」を作成・改善し研修などの機会を通じて、再発防止に努め、サービスの質の向上を目指す。
- ⑥ 事故発生時の対応等
事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じられるよう、あらかじめ関係機関との対応方法を定め、関係機関に周知して協力を依頼する。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 デイルーム 花あかり	所在地 羽曳野市南恵我之荘 8 丁目 6 番 9 号 電話番号 072-931-0066 ファックス番号 072-931-0066 受付時間 月曜日・火曜日・木曜日・金曜日・土曜日 9:00~18:00
【市町村（保険者）の窓口】 羽曳野市保健福祉部高年介護課 介護保険担当	所在地 羽曳野市誉田 4 丁目 1 番 1 号 電話番号 072-958-1111 ファックス番号 072-950-2536 受付時間 平日 9:00~17:30
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室 介護保険課	所在地 大阪市中央区常盤町 1 丁目 3 番 8 号 中央 大通 FN ビル内 11 階 電話番号 06-6949-5418 受付時間 平日 9:00~17:00

19（地域との連携等）

- ① サービスの提供にあたっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね 6 月に 1 回以上、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設ける。
- ② 前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表する。

20 提供するサービスの第三者評価の実施状況について
現状第三者評価はうけておりません。

21 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、「指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 34 号）」規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府羽曳野市南恵我之荘 8 丁目 6 番 6 号
	法人名	株式会社 アテナ
	代表者名	花川 豪 印
	事業所名	デイルーム花あかり
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

上記署名は、（ ）が代行しました。

代理人	住所	
	氏名	印