

## 重要事項説明書（指定地域密着型通所介護サービス）

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 指定地域密着型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                 | 医療法人社団 朋優会                                              |
| 代表者職・氏名               | 理事長 森田 須美春                                              |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 兵庫県三木市志染町吉田 1213-1<br>TEL 0794-85-3061 FAX 0794-85-3582 |
| 法人設立年月日               | 平成 15 年 4 月 10 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          | デイサービス サンフォレスト                   |
| 介護保険指定事業所番号    | 2 8 9 2 3 0 0 1 4 2              |
| 事業所所在地         | 兵庫県三木市別所町小林 681-6                |
| 管理者            | 中井 恵                             |
| 連絡先相談担当者名      | TEL0794-88-6668 FAX 0794-88-6268 |
| 事業所の通常の事業の実施地域 | 三木市                              |
| 利用定員           | 1 8 名                            |

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |                                                                                                                                                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 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生活機能の維持または向上を目指し、必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより社会参加の促進及び家族の負担軽減を図ることを目的とします。                                                  |
| 運営の方針 | <p>利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的にサービス提供を行います。</p> <p>利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を的確に把握し、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供します。</p> |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|         |                                                          |
|---------|----------------------------------------------------------|
| 営 業 日   | 月曜日から土曜日（12月30日から1月3日までを除く）<br>※営業日以外で季節のイベントを行うことがあります。 |
| 営 業 時 間 | 午前8時30分から午後5時30分                                         |

(4) サービス提供時間

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| サービス提供日  | 月曜日から土曜日（12月30日から1月3日までを除く） |
| サービス提供時間 | 午前9時15分から午後4時30分            |

(5) 事業所の職員体制

|     |      |
|-----|------|
| 管理者 | 中井 恵 |
|-----|------|

| 職       | 職 務 内 容                                                                                                         | 人 員 数                     |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 管理者     | 従業者及び業務の管理を一元的に行います。                                                                                            | 常勤1名<br>介護職員と兼務           |
| 生活相談員   | 利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び介護に関する相談及び援助などを行います。<br>また、地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況および目標の達成状況の記録を行います。 | 常勤2名以上<br>介護職員と兼務         |
| 看護職員    | 利用者の健康管理、心身状態の把握及び看護を行います。                                                                                      | 非常勤1名以上<br>機能訓練指導員<br>と兼務 |
| 介護職員    | 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2名以上                    |
| 機能訓練指導員 | 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1名以上<br>看護職員と兼務        |
| 事務職員    | 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。                                                                                      | 非常勤1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（全ての利用者） |           | <ol style="list-style-type: none"> <li>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地域密着型通所介護事業所計画を作成します。</li> <li>2 地域密着型通所介護計画の作成にあたっては、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。</li> <li>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</li> <li>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。</li> </ol> |
| 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。<br>また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                        | 入浴の提供及び介助 | 入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                        | 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、入浴、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  | 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。               |

## (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う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## (3) 利用料について

利用料金については、別紙「サービス利用料金表、その他の費用」をご参照ください。料金を改定する際には1か月以上前に利用者に文書で説明し同意を得ます。同意を得られない場合は、利用者からこの契約を解除することができます。

利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。

要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます（償還払い）。

また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

(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 食事の提供に要する費用 | 600円/日 (1食当り 食材料費及び調理コスト)                                |
| ③ おやつ代        | 100円/日                                                   |
| ④ おむつ代        | 実費 (1枚当り)                                                |
| ⑤ 日常生活費       | 実費 (内訳: シャンプー、おしぼり、ティッシュ等)                               |
| ⑥ 教養娯楽費       | 実費 (内訳: レクリエーションの材料費等事業所で用意する物を利用いただく場合)                 |
| ⑦ 医療物品        | 実費 (滅菌ガーゼ、オプサイト (10 cm) 等)                               |

※その他実費利用料などが加算されることがあります。

4 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  | <p>(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。</p> <p>(イ) 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け (郵送) します。</p>                                                                                                                                                                                                                 |
| 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 | <p>(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 20 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>①事業者指定口座への振り込み<br/> <b>【振込先】</b> 指定口座: みなと銀行 三木支店<br/> 口座番号: 普通 1757573<br/> 口座名義: 医療法人社団 朋優会<br/> サンフォレスト三木<br/> 理事長 森田 須美春</p> <p>②利用者指定口座からの自動振替</p> <p>③現金支払い</p> <p>(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となることがあります。)</p> |

※ 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7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。

## 5 サービスの提供にあたって

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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、ご確認いただくようお願いします
- (4) サービス提供は「地域密着型通所介護計画」に基づいて行います。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います。

## 6 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

|             |                           |
|-------------|---------------------------|
| 虐待防止に関する担当者 | サンフォレスト三木 ゼネラルマネジャー 滝本 静代 |
|-------------|---------------------------|

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 7 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。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (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。

## 8 秘密の保持と個人情報の保護について

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>①利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <p>①事業者は、利用者又はその家族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扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>②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又は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。</p> <p>③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。</p> <p>④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。</p> |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ②個人情報の保護について | <p>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ん。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ん。</p> <p>②事業者は、利用者又は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します。</p> <p>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。）</p> |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 9 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。

|                               |                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【協力医療機関】</b><br>(協力医療機関一覧) | 医療機関名 医療法人社団 朋優会 三木山陽病院<br>所 在 地 三木市志染町吉田 1213-1<br>TEL 0794-85-3061 FAX 0794-85-3582<br>受付時間 9:00～12:00 月曜日～土曜日<br>17:00～20:00 月・木・金曜日<br>診療科 内科,消化器内科,整形外科,リウマチ科,<br>外科,眼科,皮膚科,泌尿器科,血液浄化療法,<br>リハビリテーション科 |
| <b>【主治医】</b>                  | 医療機関名<br>氏 名<br>T E L<br>F A X<br>受付時間<br>診療科                                                                                                                                                               |



|            |                                                 |
|------------|-------------------------------------------------|
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏 名 (続柄 )<br>住 所<br>電 話 番 号<br>携 帯 電 話<br>勤 務 先 |
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏 名 (続柄 )<br>住 所<br>電 話 番 号<br>携 帯 電 話<br>勤 務 先 |

## 10 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。

|                                                   |                                                                                              |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>三木市役所 健康福祉部<br>介護保険課認定審査係 | 所在地 三木市上の丸町 10 番 30 号<br>T E L 0794-82-2000<br>F A X 0794-82-5500<br>受付時間 9：00～17：00(土日祝は休み) |
| <b>【居宅支援事業所の窓口】</b>                               | 事業所名<br>所在地<br>T E L<br>担当介護支援専門員                                                            |

## 11 賠償責任

- (1) 当事業所の責に帰すべき事由によって賠償すべき事故が発生した場合、利用者に対して損害を賠償するものとします。
- (2) 利用者の責に帰すべき事由によって当事業所が損害を被った場合、利用者及び利用者の家族等にその損害を賠償していただきます。
- (3) 事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|      |       |                |
|------|-------|----------------|
| 損害賠償 | 保険会社名 | 東京海上日動火災保険株式会社 |
| 責任保険 | 保 険 名 | 介護サービス事業者賠償保険  |

## 1 2 心身の状況の把握

指定地域密着型通所介護の提供にあたっては、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 3 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あたり、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 4 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を提供した日から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 5 非常災害対策

- ①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）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（防火管理者）職・氏名：（ 事務長 山下 智也 ）

- ②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。

- ③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 3月・9月）

- ④③の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

## 1 6 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) 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。

(3) 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、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

#### 1 7 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(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。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 1 8 ハラスメント対策

介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する当事業所の責務を踏まえ、適切なハラスメント対策を行います。

相談窓口：サンフォレスト三木 ゼネラルマネジャー 滝本 静代

#### 1 9 運営推進会議について

①運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。

②指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の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」と言います。）を設置し、おおむね6月に1回以上運営推進会議を開催します。

- ③運営推進会議に活動状況を報告し、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ます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

## 2 0 提供するサービスの第三者評価の実施状況

- 【 ☐ 】 実 施 実施した直近の年月日 年 月 日  
 評価機関名 ( ) 結果の開示状況 ( )  
 【 ☐ 】 未実施

## 2 1 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。
- イ 苦情や相談があった場合、苦情相談担当者はしっかりとお話を聞き、場合によってはご自宅へ伺うなど、状況の把握や事実確認に努めます。
- ウ 苦情相談担当者（応対者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、利用者または家族の立場に立った適切な対処方法を検討します。
- エ 検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ず利用者または家族へ報告します。
- オ 苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業者全員で検討します。

### (2) 苦情申立の窓口

- ア サービス提供に関する苦情や相談は、次の窓口でお受けします。

|                                   |                                                                                                      |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【事業所の窓口】</b><br>デイサービス サンフォレスト | 所 在 地 三木市別所町小林 681-1<br>TEL 0794-88-6668 FAX 0794-88-6268<br>受付時間 9：00～17：00(月曜日～土曜日)<br>担 当 者 中 井 恵 |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- イ サービス提供への苦情や相談は、次の苦情受付機関に申し立てることができません。

|                                                   |                                                                                            |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>三木市役所 健康福祉部<br>介護保険課認定審査係 | 所 在 地 三木市上の丸町 10 番 30 号<br>TEL 0794-82-2000 FAX 0794-82-5500<br>受付時間 9：00～17：00(土日祝は休み)    |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>兵庫県国民健康保険団体連合会                | 所 在 地 神戸市中央区三宮町 1-9-1-1801<br>TEL 078-332-5617 FAX 078-332-5650<br>受付時間 9:00～17:00（土日祝は休み） |

## 2 2 事業所の利用にあたっての留意事項

|           |                                                                   |
|-----------|-------------------------------------------------------------------|
| 設備・器具の利用  | 事業所の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。 |
| 家族等への連絡   | 希望があった場合には、利用者に連絡するのと同様の通知を家族等へも行います。                             |
| 喫煙        | 敷地内禁煙になっております。                                                    |
| 迷惑行為      | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください。               |
| 所持金品の管理   | 所持金品は、自己の責任で管理してください。                                             |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動は<br>ご遠慮ください。                          |
| 動物飼育      | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。                                         |

## 2 3 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じる可能性がある場合。また変更された場合は、利用者に変更後の重要事項説明書及び変更内容を示した文書を交付した後に、説明させていただきます。

## 2 4 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、三木市指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準条例の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|     |       |                              |
|-----|-------|------------------------------|
| 事業者 | 所在地   | 〒673-0501 兵庫県三木市志染町吉田 1213-1 |
|     | 法人名   | 医療法人社団朋優会                    |
|     | 代表者名  | 理事長 森田 須美春 印                 |
|     | 所在地   | 〒673-0434 兵庫県三木市別所町小林 681-6  |
|     | 事業所名  | デイサービス サンフォレスト               |
|     | 説明者氏名 |                              |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

|                           |    |   |
|---------------------------|----|---|
| 利用者                       | 住所 |   |
|                           | 氏名 | 印 |
| 代筆の場合の代筆者氏名<br>(利用者との続柄等) |    |   |

|         |    |   |
|---------|----|---|
| 代理人     | 住所 |   |
|         | 氏名 | 印 |
| 利用者との続柄 |    |   |

|         |    |   |
|---------|----|---|
| 立会人     | 住所 |   |
|         | 氏名 | 印 |
| 利用者との続柄 |    |   |