

# 尾崎デイサービスセンター

## 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けております。  
(大阪府指定 第 2779500541 )

### 目次

1、	事業者	1
2、	事業所の概要	1
3、	事業所窓口の営業日及び営業時間	2
4、	職員の配置状況	3
5、	当事業所が提供するサービス及び利用料金	5
6、	ご利用の中止、変更、追加について	7
7、	サービスの利用ができなくなる場合	7
8、	守秘義務について	9
9、	高齢者虐待防止について	9
10、	居宅介護支援事業者などとの連携について	9
11、	サービス提供の記録	9
12、	非常災害対策	9
13、	衛生管理など	10
14、	保証人について	10
15、	通所介護業務に関する相談、苦情について	10

## 1、事業者

(1) 名称	株式会社 あいケアサーブ
(2) 所在地	大阪府阪南市下出 274 番 1
(3) 電話番号	0 7 2—4 7 3—0 5 7 5
(4) 代表者の氏名	代表取締役 藤澤 博子
(5) 設立年月日	平成 15 年 6 月

## 2、事業所の概要

(1) 事業所の種類	指定通所介護事業
(2) 事業所の名称	尾崎デイサービスセンター
(3) 介護保険事業所番号	大阪府指定 2779500541 号
(4) 事業所の所在地	大阪府阪南市下出 274-1
(5) 事業所の電話番号	0 7 2—4 7 3—0 5 7 5
(6) 事業の開設年月日	平成 1 5 年 1 2 月 1 日
(7) 事業所の定員	1 日 35 名
(8) 事業所長 (管理者)	沼田 哲生

### (9) 事業目的

株式会社 あいケアサーブ が設置する尾崎デイサービスセンター（以下、単に「事業所」という。）において実施する指定通所介護事業所（以下「事業」という。）の適切な運営を確保するため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看護職員、介護職員、機能訓練指導員、歯科衛生士（以下「通所介護従事者」という。）が、要介護状態又は要支援状態の利用者に対し適切な指定通所介護を提供することを目的とする。

### (10) 事業の方針

本事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、心身の特性を踏まえて、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、さらに利用者の社会的孤独感の解消および心身機能の維持ならびにその家族の身体的および精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。

利用者の意思及び人権を尊重し、利用者の立場に立ったサービスを提供に努めるものとする。

事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護事業者、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

地域密着型指定通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行う。

「指定居宅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11年厚生省令第37号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

## 3、事業所窓口の営業日及び営業時間

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| (1) 営業日      | 月曜～土曜日（12月30日～1月3日までを除く） |
| (2) 営業時間     | 午前8時30分～午後5時30分          |
| (3) サービス提供時間 | 午前9時00分～午後4時30分          |
| (4) 利用定員     | 1日35名                    |
| (5) 営業地域     | 阪南市・泉南市                  |

#### 4、職員の配置状況

##### (1) 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 沼田 哲生
-----	------------

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>4 利用者へ通所介護計画を交付します。</li> <li>5 指定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。</li> </ol>	常勤 1名 以上
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2 それぞれの利用者について、通所介護計画及び計画書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>	常勤 1名 以上 非常勤 1名 以上
看護師・ 准看護師 (看護職員)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。</li> <li>2 利用者の静養のための必要な措置を行います。</li> <li>3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。</li> </ol>	常勤 0名 以上 非常勤 4名 以上
介護職員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 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。</li> </ol>	常勤 0名 以上 非常勤 7名 以上
機能訓練 指導員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居室において、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。</li> </ol>	常勤 0名 以上 非常勤 4名 以上
事務職員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 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。</li> </ol>	非常勤 1名 以上

## 5、当事業所が提供するサービス及び利用料金

当事業所では、利用者に対して次のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- |   |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

\*介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第4条参照)

以下のサービスについては、利用料金の「7割又は8割又は9割」が介護保険から給付されます。

### (1) 提供するサービスについて

#### (ア) 食事

- ・管理栄養士により、利用者の栄養並びに嗜好を考慮した献立を行います。
- 又、自立支援のため、食事は原則として食堂で摂っていただきます。

(食事時間) 昼食 12時から (業務委託提供)

#### (イ) 入浴

- ・原則として、希望者は毎回ご利用いただけます。但し、身体的に入浴が困難と認められる時は、中止や清拭もしくはシャワー浴に変更する場合があります。

#### (ウ) 排泄

- ・自立促進のため、利用者の身体能力を最大限に活用して、トイレ誘導を行い、オムツはずしに努めます。

#### (エ) 口腔ケア

- ・ご契約者の口腔機能向上の為の介助を行います。
- (用具はこちらでご用意致しております。)

#### (オ) 機能訓練

- ・利用者の心身等の状況に応じた機能回復又はその減退予防に努めます。

#### (カ) 送迎

- ・原則として、自宅から事業所までの送迎サービスを提供します。

#### (キ) 健康管理

- ・看護、介護職員等により、利用者の心身の状況等の健康管理に努めます。

#### (ク) 身体的拘束

- ・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身体的拘束、制限を行いません。

#### (ケ) その他

- ・社会性維持の為、レクリエーションやクラブ活動を行い、他の利用者又は職員と交流をはかります。

## (2) 事故発生時・緊急時の対応 (AED 設置)

- ・当事業所は、利用者の状態の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに利用者の応急処置に全力を尽すとともに、直ちに上司に報告し指示を仰ぎ、協力病院に対し救急要請を行い、家族及び行政の関係部署（各保険者）、主治医、居宅介護支援事業者にも連絡を行います。
- ・事故調査委員会を設置し、事故に関与した全員が報告書を作成し、原因の究明と再発防止に努め、調査の経過報告並びに結果報告を行います。
- ・利用者に対する通所介護サービスの提供により賠償すべき事故の場合には、速やかに損害賠償を行います。
- ・保険会社・・・東京海上日動火災保険株式会社

(連絡先)

	氏 名	住 所	電話番号
主治医			
ケアマネージャー			
家 族			
主治医への連絡基準	看護師の判断に任せる		

※体調不良（急変時）の場合、上記連絡先に連絡致します。主治医等との連携を取り対応させていただきます。尚、緊急時にはご家族の希望に添えない場合もあります。

## (3) 通所介護従業者の禁止行為

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。

- ・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。）
- ・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
- ・利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ・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）
- ・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

## (4) 事業の実施地域

本サービスの通常の実施地域は泉南市、阪南市の区域とします。

## (5) サービスの利用料金

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払ください。（下記のサービスの利用料金は、ご契約者の要介護度及び提供するサービスの内容によって異なります。）

通所介護対象費用のめやす（1日あたり）

通常規模型通所介護費					
サービス提供区分	提供時間帯	介護報酬額	ご利用者様負担額		
			1割	2割	3割
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,779円	378円	756円	1,134円
	要介護2	4,323円	433円	865円	1,297円
	要介護3	4,898円	490円	980円	1,470円
	要介護4	5,443円	545円	1,089円	1,633円
	要介護5	6,007円	601円	1,202円	1,803円
4時間以上 5時間未満	要介護1	3,964円	397円	793円	1,190円
	要介護2	4,539円	454円	908円	1,362円
	要介護3	5,135円	514円	1,027円	1,541円
	要介護4	5,720円	572円	1,144円	1,716円
	要介護5	6,305円	631円	1,261円	1,892円
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,823円	583円	1,165円	1,747円
	要介護2	6,880円	688円	1,376円	2,064円
	要介護3	7,938円	794円	1,588円	2,382円
	要介護4	8,996円	900円	1,800円	2,699円
	要介護5	10,054円	1,006円	2,011円	3,017円
6時間以上 7時間未満	要介護1	5,966円	597円	1,194円	1,790円
	要介護2	7,045円	705円	1,409円	2,114円
	要介護3	8,133円	814円	1,627円	2,440円
	要介護4	9,212円	922円	1,843円	2,764円
	要介護5	10,300円	1,030円	2,060円	3,090円
7時間以上 8時間未満	要介護1	6,726円	673円	1,346円	2,018円
	要介護2	7,938円	794円	1,588円	2,382円
	要介護3	9,201円	921円	1,841円	2,761円
	要介護4	10,454円	1,046円	2,091円	3,137円
	要介護5	11,728円	1,173円	2,346円	3,519円
8時間以上 9時間未満	要介護1	6,839円	684円	1,368円	2,052円
	要介護2	8,082円	809円	1,617円	2,425円
	要介護3	9,355円	936円	1,871円	2,807円
	要介護4	10,639円	1,064円	2,128円	3,192円
	要介護5	11,933円	1,194円	2,387円	3,580円

加 算	利用料	利用者負担額	算 定 回 数 等
入浴介助加算（Ⅰ）	410 円	1 割：41 円	1 日につき
		2 割：82 円	
		3 割：123 円	
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	575 円	1 割：58 円	個別機能訓練を 実施した日数
		2 割：115 円	
		3 割：173 円	
個別機能訓練加算（Ⅱ）	205 円	1 割：21 円	1 月につき
		2 割：41 円	
		3 割：62 円	
科学的介護推進体制加算	410 円	1 割：41 円	1 月につき
		2 割：82 円	
		3 割：123 円	
同一建物に居住するご利用 者様の減算	-965 円	1 割：-97 円	1 日につき
		2 割：-193 円	
		3 割：-290 円	
送迎を行わない場合の減算	-482 円	1 割：-49 円	片道につき
		2 割：-97 円	
		3 割：-145 円	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	225 円	1 割：23 円	サービス提供日数
		2 割：45 円	
		3 割：68 円	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 59/1000	左記の 1 割又は 2 割又は 3 割	基本サービス費に各種加算 減算を加えた総単位数（所 定単位数）
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 43/1000		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 23/1000		
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 59/1000		
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 43/1000		
介護職員等ベースアップ等支援加 算	所定単位数の 11/1000		

＊サービス提供体制強化加算(Ⅰ)：介護職員の内、国家資格である介護福祉士の割合が 70%以上  
 又は、介護職員の内、勤続 10 年以上の介護福祉士の割合が 25%以上  
 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)：介護職員の内、国家資格である介護福祉士の割合が 50%以上  
 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)：介護職員の内、勤続年数 7 年以上の割合が 30%以上  
 又は、介護職員の内、国家資格である介護福祉士の割合が 40%以上

＊個別機能訓練加算（Ⅰ）イ

1. 転倒、骨折の予防及び加齢に伴う運動器の機能向上及び機能低下の予防を図る観点から、ストレッチ、ダンベル、チューブ等の器具を用いた運動等を実施。
2. 機能訓練指導員等が利用者宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成し、その後3ヶ月に1回以上利用者宅を訪問し利用者又は家族へ機能訓練内容と計画の進捗状況等を説明し、内容の見直し等を実施。

＊個別機能訓練加算（Ⅱ）

Ⅰに加え個別機能訓練計画などの内容をデータ提出し、フィードバックを受けている。

＊科学的介護推進体制加算

基本的な情報のデータ提出とフィードバック情報を活用している。

＊処遇改善加算（Ⅰ）、特定処遇改善加算（Ⅰ）：支給限度額管理の対象外とします。

介護保険給付の対象となるサービスの提供を受けた場合は、通常、利用料の9割が介護保険から給付されます。

利用者が、介護保険の適用を受けていない場合、又は介護給付の対象とならないサービスの提供を受けた場合は、利用料の全額が自己負担となります。

- (ア) サービスの利用料金（1日あたり）について（表参照）
  - (イ) 介護給付の対象となるサービスの標準自己負担額  
利用者の介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付費を除いた金額（自己負担額）となります。
  - (ウ) 介護給付の対象とならないサービスの自己負担額  
利用者等が個々に希望する介護給付対象外の費用については実費とします。  
但し、ご持参いただく場合には、この限りではありません。
- ① 食事にかかる費用は、食材料費として別途必要となります。  
（昼食 630円/食、非課税）
  - ② 日常生活費：入浴時使用のタオル等の消毒及びおやつ代・ドリンクバー運営 費に係る費用 入浴あり；100円/回、入浴なし；50円/回が実費となります。
  - ② 教養娯楽費：手作業、レクリエーション等に係る費用 50円/回が実費となります。
  - ④ その他—前記の他、利用者が個々に希望する法定代理受領サービスに該当しないものについては、実費相当額とします。
    - ・個人的に希望して参加するクラブ活動、外出レクリエーション等の材料費及び参加費用
    - ・利用者が選定する特別な食事の提供
    - ・複写（コピー）を希望される場合は、1枚につき10円とします。
    - ・行事等の写真を希望される方は1枚50円とします。



指定通所介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用料並びにその他の利用料の内容及び金額に関して事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名(記名捺印)を受けることとする。

法定代理受領サービスに該当しない指定通所介護に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した指定通所介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付する。

\*経済状況等の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合には、相当額に変更することがあります。但し、事前に変更の内容とその事由について、変更を行う2か月前までに、利用者又はご家族等にご説明し了解を得ます。

#### (4) 利用料金のお支払い方法

利用料金のお支払いは、1ヶ月ごとに計算してご請求しますので、翌月の15日に下記の方法にてお支払い下さい。(金融機関休業日の場合は翌営業日)

イ) 郵便局からの自動引落

ロ) 紀陽銀行からの自動引落

## 6、ご利用の中止、変更、追加について

当事業所利用予定の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに居宅介護支援事業者及当事業所に申し出てください。但し、当事業所の稼働状況により希望にそえない場合もあります。又、利用予定日までに申し出がなく、当日に利用の中止を申し出られた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではありません。

取消料 当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状態により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

契約者が何らかの理由により一ヶ月以上利用を中止される場合は、利用日の確保は出来かねる場合があります。

## 7、サービスの利用ができなくなる場合

- (1) 事業者が解散や破産をした場合、又は、やむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- (2) 当事業所の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能となった場合。
- (3) 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。
- (4) 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立と判定された場合。

(5) ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合。

契約の有効期間内は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の7日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。但し、下記の場合は即時に契約を解約、解除することができます

- (ア) 介護保険給付対象外とならないサービス利用料金の変更に同意できない場合
- (イ) 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく、本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合。
- (ウ) 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に反した場合。
- (エ) 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。

(6) 事業所からの契約解除の申し出(契約書第19条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- (ア) ご契約書が契約締結時に、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- (イ) ご契約書による、サービス利用料金の支払いが遅延し、相当期間を定めた催告したにも関わらずこれを支払わない場合。
- (ウ) ご契約者が、故意又は重大な過失により、事業者又はサービス従事者もしくは他のご契約者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- (エ) 利用者が病院又は診療所等に入院した場合。
- (オ) 利用者が介護老人保健施設、介護老人福祉施設等に入所、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合。
- (カ) 利用者が死亡した場合。

(7) 円滑なサービス持続のための援助

契約の終了する場合には、事業者はご契約者の希望により心身の状況等を勘案した必要な援助を行うよう努めます。

- (ア) 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設等の紹介。
- (イ) 居宅介護支援事業所の紹介。
- (ウ) その他の保健医療サービス又は福祉サービス提供者の紹介。

## 8、守秘義務

当事業所及びサービス従事者は、業務上知り得た契約者又は扶養者もしくはその家族等に関する秘密を、正当な理由無く第三者に漏洩しません。但し、次の各号に該当する場合には、契約者及び扶養者からあらかじめ同意を得た上で情報提供を行います。

- (ア) 介護保険サービス利用の、市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報の提供をする場合。
- (イ) 介護保険サービスの質の向上の為に、行う研修会等での事例研修報告など。尚、この場合には、契約者個人を特定できないよう配慮し秘密を厳守いたします。
- (ウ) 生命に関わる事故、又は緊急時において、必要と思われる医療機関等に対し、情報を提供します。
- (エ) 前項に掲げる事項について、通所介護サービス終了後及び職員の退職後も同様の扱いとします。

## 9、高齢者虐待防止について

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) 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ます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 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るほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 10、居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定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「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。

## 11、サービス提供の記録

- ① 指定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、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。

## 12、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：（生活相談員 丸岡 健二）
- 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 4月・10月）

### 13、 衛生管理等

- ① 指定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。

### 14、 保証人について

契約締結にあたり、利用料のお支払い並びに身元引受人として、保証人を定めていただきます。保証人は、利用者の身の上に関わる一切の事項についての責務を負っていただきます。

### 15、 通所介護業務に関する相談、苦情について

当事業所における苦情やご相談については下記のように定めます。

#### (苦情処理)

- 1 指定通所介護の提供に係るご契約者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じるものとする。
- 2 本事業所は、提供した指定通所介護に関し、法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。
- 3 本事業所は、提出した指定通所介護に係るご契約者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。

#### \* 苦情の受付について

##### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受けつけます。

○苦情・相談受付窓口 電話・・・072-473-0575 FAX・・・072-473-0580  
[担当者] 管理者 沼田 哲生

○受付時間 8：30～17：30  
[苦情解決責任者] 代表取締役 藤澤 博子

また、苦情受付ボックスを尾崎デイサービスセンターに設置しています。

(2)行政機関その他苦情機関

阪南市介護保険課	所在地 〒599-0201 大阪府阪南市尾崎町35-1 電話番号 072-471-5678 FAX 072-473-3504
泉南市介護保険課	所在地 〒590-0592 大阪市泉南市樽井1-1-1 電話番号 072-483-0001 FAX 072-483-7667
泉佐野広域福祉課	所在地 〒598-8550 大阪府泉佐野市市場東1丁目1番1号 電話番号 072-493-2023(直通) FAX 072-462-7780
国民健康保険団体連合会	所在地 〒540-8570 大阪市中央区常盤1丁目3番地 8号(中央大通りFNビル内) 電話番号 06-6949-5418・FAX 06-6949-5417 受付時間 9:00~17:00

\* サービスを受けて頂くにあたって

- ご契約者の健康状態をより詳しく把握するために、診療情報等を提出していただくようお願い致します。

\* サービス提供記録など利用者に関する書類の開示を求められた場合は速やかに開示致します。

\* 第三者評価体制 : あり  
実施日 : 2023年1月24日  
評価機関 : 泉佐野市広域福祉課

\* デイサービス利用者及びその関係者からの贈答品類は一切受け取らない事とする。

(一切のお心遣いは不要ですのでご理解下さい。)

\* 持ち物に必ず名前の記入をお願いします。 万一紛失された場合にお届け出来ない事もあります。

通所介護 重要事項説明同意書

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受けました。

年 月 日

利用者 住 所

氏 名

利用者家族 住 所

氏 名 (続柄 )

代筆者 住 所

氏 名 (続柄 )

指定通所介護サービスの利用開始に際して、本書面に基づき利用者及びご家族等に重要事項についての説明を行いました。

指定通所介護事業 尾崎デイサービスセンター

説明者 氏名