

特定医療法人共和会

デイサービスセンター ゆずの里

(介護保険事業所番号 第 2374200844 号)

介護保険法に基づく地域密着型通所介護

重要事項説明書

当事業所では、ご利用者様に対して地域密着型通所介護をご提供いたします。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通りご説明いたします。

ご契約を結ばれる際には、本書の内容について説明を受けたことを証するため、本書の最終面へのご記入・押印をお願いいたします。

◆◆目次◆◆

- 1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口
- 2 事業者
- 3 ご利用の事業所の概要
- 4 提供させていただくサービスの種類と通常の事業の実施地域
- 5 営業日及び営業時間
- 6 ご利用される事業者が実施している他の介護保険事業
- 7 職員の体制
- 8 設備の概要
- 9 当事業所が提供するサービスと利用料金
- 10 利用の中止、変更、追加（キャンセル料）
- 11 利用に際しての留意事項
- 12 サービス提供の記録の保存と情報開示
- 13 守秘義務及び個人情報の利用について
- 14 緊急時の対応・事故発生時の対応について
- 15 サービスの利用に関する留意事項
- 16 台風、地震等の悪天候時や災害時について
- 17 非常災害対策
- 18 高齢者虐待の防止
- 19 身体拘束の禁止
- 20 実習生の受け入れ
- 21 苦情の受付について

※当サービスのご利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスのご利用は可能です。

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口、苦情窓口

※ご不明な点は何でもお尋ねください。

デイサービスセンター ゆずの里	電話番号：0562-46-1301 受付時間：8時30分～17時30分 (日曜及び12月30日～1月3日までを除く)
-----------------	--

担当者：伊藤 篤史 本多和歌子 齋藤佳也子

2 事業者

法人名	特定医療法人 共和会
所在地	〒474-0071 愛知県大府市梶田町二丁目 123 番地
電話番号	0562-46-2222
FAX番号	0562-47-6577
代表者氏名	西岡 和郎
法令遵守責任者	今村 諭史
設立年月日	昭和34年10月1日

3 ご利用の事業所の概要

事業所の種類	地域密着型通所介護事業
事業所の名称	デイサービスセンター ゆずの里
介護保険事業所番号	第2374200844号(平成25年1月1日指定)
所在地	〒474-0071 愛知県大府市梶田町二丁目 70 番地
電話番号	0562-46-1301
FAX番号	0562-46-1303
管理者氏名	伊藤 篤史
開設年月日	平成25年1月1日
事業の目的	医療法人共和会が開設するデイサービスセンター ゆずの里(以下「事業所」という。)が行う指定地域密着型通所介護の事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員(以下「生活相談員等」という。)が、要介護状態にある高齢者に対し、適正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。
運営方針	指定地域密着型通所介護の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ可能な限り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の援助を行い、

	<p>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利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを運営の方針とする。</p> <p>2 事業の実施に当たっては、関係市町村、知多北部広域連合、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>
--	--

4 提供させていただくサービスの種類と通常の実施地域

事業等の種類	地域密着型通所介護
対象となるご利用者様	要介護 1～5
通常の実施地域	大府市

5 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで (ただし、12月30日から1月3日までを除きます)
営業時間	午前8時30分より午後5時30分まで
サービス提供時間 (送迎時間を除きます)	午前9時より午後4時30分まで

6 ご利用される事業者が実施している他の介護保険事業

事業の種類		介護保険事業所指定番号	指定年月日	定員
居宅	居宅介護支援事業所	知多北部広域連合 2374200067号	平成11年7月30日	—
	訪問看護	愛知県 2364290029号	平成12年4月1日	—
	介護予防訪問看護	愛知県 2364290029号	平成18年4月1日	—
	通所リハビリテーション	愛知県 2314200086号	平成18年10月1日	20名
	介護予防通所リハビリテーション	愛知県 2314200086号	平成18年10月1日	20名
	訪問介護	愛知県 2374200760号	平成23年9月1日	—
	介護予防訪問介護相当サービス	知多北部広域連合 2374200760号	平成23年9月1日	—
	介護予防通所介護相当サービス	知多北部広域連合 2374200844号	平成25年1月1日	18名
	認知症対応型通所介護	知多北部広域連合 2394200154号	令和元年9月1日	12名
	介護予防認知症対応型通所介護	知多北部広域連合 2394200154号	令和元年9月1日	

7 職員の体制

当事業所では、ご契約者様に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防通所介護サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

職種	従業員数	職務内容
1.管理者	1名	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行います。
2.生活相談員	1名以上 (常勤換算)	ご利用者様及びご家族様等からのご相談に応じ、利用申込に係る調整、従業員に対する技術指導、地域密着型通所介護計画の作成、関係機関との連絡調整等を行います。
3.介護職員	2名以上 (常勤換算)	ご利用者様の入浴、食事等の介助及び援助を行うとともに、送迎を行います。
4.看護職員	1名	ご利用者様の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行います。
5.機能訓練指導員	1名	心身機能の低下の防止及び維持回復を図る為の訓練の実施。個別機能訓練計画書作成。

8 設備の概要

機能訓練室兼食堂、浴室（個浴・機械浴）、相談室、静養室、事務室
送迎車 4台

9 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者様に対して以下のサービスを提供いたします。

当事業所が提供するサービス

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者様にご負担いただく場合

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

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

<サービスの内容>

(1) 送迎

送迎車により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

ただし、通常の事業の実施地域を越えて行う送迎については、次の金額をご負担いただきます。

◇通常の事業の実施地域を越える地点から、片道10キロメートル未満 250円

◇通常の事業の実施地域を越える地点から、片道10キロメートル以上 500円

(2) お食事

お食事の準備や介助を行います。お食事については、嗜好に合わせた献立を管理栄養士がたてます。ただし、お食事の提供に係る費用は別途お支払いいただきます。

(3) ご入浴

ご希望の方に職員の介助によるご入浴（又は清拭）を提供いたします。

(4) 排泄

必要な方に排泄の介助を行います。

(5) 相談

生活や健康上の心配事がございましたら、専門の職員がご相談にのります。
関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。

(6) アクティビティ

楽しく有意義に過ごしていただくために、手工芸やレクリエーション、趣味活動、創作活動、体操、スポーツ等、四季折々の行事を行います。また、機能訓練等を行います。

(7) 機能訓練

機能訓練指導員により、ご利用者様の心身などの状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施いたします。

<介護予防通所介護サービスの利用頻度について>

- ・利用する曜日や内容などについては、介護予防サービス計画に沿いながら、ご利用者様と協議のうえ決定し、介護予防通所介護計画に定めます。
- ・ご利用者様の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度などを踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

<サービス利用料金（1回あたり）>

指定通所介護及び指定介護予防通所介護を提供した場合の利用料金の額は、介護報酬の告示上の額とし、当該指定通所介護及び指定介護予防通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額にご利用者様の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。

（サービスの利用料金は、ご利用者様の要介護度に応じて異なります。）

ご利用者様の要介護度とサービス利用料金

基本利用料

地域密着型通所介護 7時間以上 8時間未満

要介護度	1日あたりの利用料金	自己負担額 1割の場合	自己負担額 2割の場合	自己負担額 3割の場合
要介護 1	753 単位 (7,635 円)	764 円	1,527 円	2,290 円
要介護 2	890 単位 (9,024 円)	902 円	1,804 円	2,707 円
要介護 3	1032 単位 (10,464 円)	1,046 円	2,092 円	3,139 円

要介護4	1,172 単位 (11,884 円)	1,188 円	2,376 円	3,565 円
要介護5	1,312 単位 (13,303 円)	1,330 円	2,660 円	3,990 円

地域密着型通所介護 6 時間以上 7 時間未満

要介護度	1日あたりの利用料金	自己負担額 1割の場合	自己負担額 2割の場合	自己負担額 3割の場合
要介護1	678 単位 (6,874 円)	687 円	1,375 円	2,062 円
要介護2	801 単位 (8,122 円)	812 円	1,624 円	2,436 円
要介護3	925 単位 (9,380 円)	938 円	1,876 円	2,814 円
要介護4	1,049 単位 (10,636 円)	1,063 円	2,127 円	3,190 円
要介護5	1,172 単位 (11,884 円)	1,188 円	2,376 円	3,565 円

地域密着型通所介護 5 時間以上 6 時間未満

要介護度	1日あたりの利用料金	自己負担額 1割の場合	自己負担額 2割の場合	自己負担額 3割の場合
要介護1	657 単位 (6,661 円)	666 円	1,332 円	1,998 円
要介護2	776 単位 (7,868 円)	786 円	1,573 円	2,360 円
要介護3	896 単位 (9,085 円)	908 円	1,817 円	2,725 円
要介護4	1,013 単位 (10,271 円)	1,027 円	2,054 円	3,081 円
要介護5	1,134 単位 (11,498 円)	1,149 円	2,299 円	3,449 円

地域密着型通所介護 4 時間以上 5 時間未満

要介護度	1日あたりの利用料金	自己負担額 1割の場合	自己負担額 2割の場合	自己負担額 3割の場合
要介護1	436 単位 (4,421 円)	442 円	884 円	1,326 円
要介護2	501 単位 (5,080 円)	508 円	1,016 円	1,524 円
要介護3	566 単位 (5,739 円)	573 円	1,147 円	1,721 円
要介護4	629 単位 (6,378 円)	637 円	1,275 円	1,913 円
要介護5	695 単位 (7,047 円)	704 円	1,409 円	2,114 円

加算

加算	1日あたりの利用料金	自己負担額 1割の場合	自己負担額 2割の場合	自己負担額 3割の場合
入浴介助加算 (I)	40 単位 (405 円)	41 円	81 円	122 円
口腔機能向上加算 (I)	150 単位 (1,521 円)	153 円	305 円	457 円
個別機能訓練加算 (I) イ	56 単位 (567 円)	57 円	114 円	171 円
サービス提供体制強化加算 (I)	22 単位 (223 円)	23 円	45 円	67 円
サービス提供体制強化加算 (II)	18 単位 (182 円)	19 円	37 円	55 円
サービス提供体制強化加算 (III)	6 単位 (60 円)	6 円	12 円	18 円
介護職員等処遇改善加算 (I) ロ	所定単位数に 12.7% を乗じた単位数で算定			
科学的介護推進体制加算	40 単位/月			
個別機能訓練加算 II	20 単位/月			

加算	1月あたりの利用料金	自己負担額 1割の場合	自己負担額 2割の場合	自己負担額 3割の場合
生活機能向上連携加算 (個別機能訓練加算を算定していない場合)	200 単位 (2,028 円)	203 円	406 円	609 円
生活機能向上連携加算 (個別機能訓練加算を算定している場合)	100 単位 (1,014 円)	102 円	203 円	305 円

※ご利用様がまだ要介護認定を受けられていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けられた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(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は、ご利用様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」を交付いたします。

※ご利用様に提供するお食事にかかる費用は別途いただきます。

※介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額にあわせてご利用様の負担額を変更いたします。

※事業所と同一建物に居住するご利用者様については、真に送迎が必要な場合を除き送迎分の評価の適正化が行われます。

所定単位数から 1 回あたり 953 円 (94 単位) 減額
(介護保険適用時の自己負担額からは 95 円の減額)

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスについては、利用料金の全額がご利用者様のご負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 介護保険給付の支給限度額を超える通所介護・介護予防通所介護のご利用

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご利用者様の自己負担となります。

② お食事の提供にかかる費用

ご利用様に提供するお食事の材料費や調理などにかかる費用です。

829 円 (昼食…726 円 おやつ…78 円 飲み物…25 円)

③ レクリエーション活動材料費用

ご利用者様のご希望によりレクリエーション活動にご参加いただくことができます。

利用料金 材料代等実費

④ 複写物の交付

ご利用者様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。ただし複写物を必要とする場合には、その費用をご負担いただきます。

1 枚につき…10 円

⑤日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金などご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者様にご負担いただくことが適正であるものにかかる費用をご負担いただきます。

おむつ代・尿とりパット代、マスク代、ビニール袋代…実費

⑥洗濯・乾燥代（ご利用になられた場合）

洗濯機（1回 200 円）、乾燥機（30 分 100 円）

（3）利用料金のお支払方法

前記（1）、（2）の料金・費用については、毎月1日を起算日とする1か月ごとに計算した「請求書」を翌月10日以降にお届けします。ご利用者様は、翌々月6日までに次のいずれかの方法で事業所にお支払いください。

1. 指定口座へのお振込み

振込手数料は、ご利用者様のご負担になります。

お支払い期限はご利用の翌々月6日になります。

<振込先>

あいち銀行 大府中央支店 預金種目：普通 口座番号：5005192

ｲﾝﾎﾞｲｼﾞ ﾂﾖｸｶｲｲ ﾏﾞｰﾋﾞ ﾙﾝﾀｰ-ｸｽ ﾉﾄ

医療法人共和会デ ｲﾞｰﾋﾞ ﾙﾝﾀｰ-ゆずの里

2. 金融機関口座からの自動引き落とし

・ご利用の翌々月6日に、ご指定の口座より自動引き落としによりお支払いいただきます。

・引き落とし日の6日が銀行休業日の場合は翌営業日になります。

・引き落としにかかる手数料は、事業者が負担いたします。

・自動口座引き落としでのお支払いにあたっては、集金代行サービス会社の様式への、依頼書・申込書のご記入をお願いいたします。（初回のみ）

・ご記入後、自動口座引き落としの登録完了までに1か月程度かかります。

3. 現金でのお支払い

事業所にご来所の上、お支払いください。

お支払いは、月曜日から金曜日までの午前8時30分～午後5時30分までをお願いいたします。

お支払い期限は、ご利用の翌々月6日になります。

10 利用の中止、変更、追加（キャンセル料）

ご利用予定日の前に、ご利用者様のご都合により、サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合はサービスの実施日の前日までに事業者にお申し出ください。

ご利用予定日の当日午前8時30分までにご連絡がなく、当日になってサービスを中止する場合、次のキャンセル料をいただきます。（ただし、ご利用者様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。)

サービス利用の変更・追加のお申し出に対して、事業所の稼働状況により、ご利用者様の希望する期間にサービス提供ができない場合には、他の利用可能日時をご利用者様に提示し協議させていただきます。

お食事については、事由のいかんにかかわらず当日朝 10 時までの取り消しのみ有効となりますのでご了承ください。

利用料	当日午前 8 時 30 分までにお申し出があった場合	無料
	当日午前 8 時 30 分までにお申し出がなかった場合 またはご連絡がなかった場合	予定されていたサービス利用料金の 100% (保険給付相当額分を含む) をキャンセル料として請求させていただきます。
お食事	当日午前 10 時までにお申し出があった場合	無料
	当日午前 10 時までにお申し出がなかった場合	食費 726 円・おやつ 78 円・飲み物 25 円

1 1 利用に際しての留意事項

留意事項	内容
送迎	送迎時間については別途送迎時刻表をお渡しいたします。渋滞等により多少時間が前後することがありますがご了承ください。又、送迎時間は随時変更がありますのでご確認ください。 ご利用者様のご都合で時間に遅れた場合、送迎のサービスが受けられないときがあります。
喫煙	決められた場所でお願ひします。
金銭・貴重品の管理	原則として、ご利用者様の責任において管理させていただきます。必要以上の金銭・貴重品の持ち込みについてはご遠慮ください。
宗教・政治・営業活動	施設内で他のご利用者様に対する宗教活動、政治活動、営業活動はご遠慮ください。
ペット	ペットの持ち込みはお断りいたします。
食べ物の持ち込み	健康上の理由などのため、職員にお尋ねください。
その他	①ご利用者様又はそのご家族様は、病状の変化、かかりつけ医及び服薬内容等の変更があった際には、事業所の職員までご一報ください。 ②事業所内の機械及び器具を利用される際は、必ず職員にお声かけください。 ③事業所内での金品及び食物のやりとりはご遠慮ください。 ④職員に対する贈り物や飲食のもてなしはお受けできません。 ⑤毎回、血圧、脈拍等の測定をいたしますが、体調の思わしくないときは速やかにお申し出ください。体調確認後、サービス利用が

	<p>困難と判断した場合は、サービスの中止あるいは変更をしていただく場合があります。</p> <p>⑥ご病状によっては「診療情報提供書」を提出していただく場合があります。（文書料は自己負担になります）</p> <p>⑦サービスご利用時間、利用曜日等の変更は、担当の介護支援専門員とご相談の上、ご連絡ください。</p> <p>⑧ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスの中止や契約を解除するともあります。</p>
--	---

12 サービス提供の記録の保存と情報開示

サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後5年間保存いたします。ご利用者様、又はご家族様よりご希望があった場合には、当施設にて閲覧をすることができます。

13 守秘義務及び個人情報の利用について

(1) 事業所及びすべての職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様及びそのご家族様に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、本契約が終了した後においても継続いたします。

(2) 個人情報の使用は、同意を得た利用目的の達成に必要な範囲内において適正に使用いたします。

(3) ご利用者様、又はご家族様の同意または依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはいたしません。同意・依頼のもとで、個人情報の提供・預託を行う場合においても、個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録し、提供・預託先が適正に管理をするよう監督いたします。

<個人情報を利用させていただく範囲>

- ①デイサービスセンターゆずの里による適切な地域密着型通所介護サービスの提供のため
- ②提供したサービスに関する請求業務などの介護保険事務のため
- ③サービス提供にかかる利用開始・終了手続きなどの管理運営のため
- ④居宅サービスの適切な提供のための、他の居宅サービス事業者との連携（サービス担当者会議など）、照会への回答のため
- ⑤緊急を要する場合の、医師や救急隊への連絡のため
- ⑥ご家族に対するご本人様の心身の状況や利用状況に関する報告のため
- ⑦当事業所のサービスの、維持・改善に資する基礎資料（アンケート等）の作成のため
- ⑧当事業所で行われる職員研修における事例検討のため
- ⑨当事業所で行われる学生等の実習教育のため
- ⑩審査支払機関（国保連）や保険者からの照会など、法令上応じることが義務付けられてい

る事項のため

- ⑪外部審査機関・サービス評価機関への情報提供のため
- ⑫損害賠償保険・傷害保健等にかかる保険会社等への相談・届出のため
- ⑬その他、特に目的を特定のうえ、同意を得て収集した個人情報については、その利用目的に沿う範囲

<ご利用者様の映像・写真について>

当センターが、ご利用者様ご本人の映像や写真について、

- ホームページ・インスタグラム等の SNS
- パンフレット
- 広報誌
- センター内掲示物 に使用することを同意します。
- お顔をスタンプ等で隠してほしい場合はこちらにチェックをお願いします。

14 緊急時の対応・事故発生時の対応について

サービスの提供時に、ご利用者様の体調等が急変した際には、別紙の緊急時連絡先により、ご家族様、かかりつけ医又は医療機関等に適切に連絡をとり、必要な対応を行います。なお、特に緊急を要すると思われる場合につきましては、事業者の判断により、先に救急車の要請を行うなど必要な対応を行う場合があります。

サービス提供中に事故が発生した場合には、ご利用者様のご家族様、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなどの必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、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。

15 賠償責任について

事業者はサービスの提供にあたってご契約者様の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償いたします。

ただし、事業者が故意過失がなかった場合や、事業者の責任によらない場合は、この限りではありません。

16 台風、地震等の悪天候時や災害時について

台風、積雪又は地震（地震予知警戒警報発令時も含みます）等のサービスの提供が困難な場合には、やむを得ずサービスの提供を中止させていただく場合があります。

17 非常災害対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応いたします。
防火管理者	管理者 今村 諭史
防災訓練	年2回防災訓練を実施いたします。
防災設備	自動火災通報装置、スプリンクラー、非常時通報装置、消火栓、消火器など

18 高齢者虐待の防止

ご利用者様の人権擁護・虐待防止のために、次に掲げるとおり、必要な措置を講じます。

- (1) 研修などを通じて、すべての職員の人権意識の向上や知識・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) 職員が支援にあたっての悩みや心配事を相談できる体制を整えるほか、職員がご利用者様の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

19 身体拘束の禁止

原則として、ご利用者様の自由を制限するような身体拘束は行わないことをお約束いたします。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前にご利用者様及びそのご家族様へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際のご利用者様の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由について記録いたします。

20 実習生の受け入れ

これからの福祉・医療を担う優秀な人材を育成するために、ヘルパーや看護師などの育成、教育機関からの実習生を受け入れることがあります。

21 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所のサービスに関する苦情やご相談につきましては、以下の専用窓口にて受け付けております。

＜苦情受付窓口＞

事業所管理者 伊藤 篤史

生活相談員 本多和歌子 齋藤佳也子

＜受付時間＞

毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時30分（時間外は転送電話にて対応いたします）

お電話の場合 0562-46-1301

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順について

苦情があった場合には、苦情処理内容を正確に苦情処理受付簿に記入し、事務所で定めた次の処理手順に基づき、迅速に対応いたします。

＜具体的な対応方針＞

① 苦情処理の把握

当日又は時間帯によっては翌日に、ご利用者様宅に訪問し、受け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ご説明いたします。

② 検討会の開催

管理者が、関係職員から事情を聴きとるとともに苦情の原因を把握し、関係職員と検討を行います。

③ 改善の実施

ご利用者様に対し対応策を説明するとともに、改善を速やかに実施し、改善状況を確認いたします。

(損害を賠償すべき事故が発生した場合は速やかに賠償を行います)

④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、職員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します。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

愛知県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

所在地 名古屋市東区泉一丁目6番5号 国保会館南館7階

愛知県国保連合会介護福祉課内 苦情相談室

電話番号 052-971-4165

愛知県社会福祉協議会運営適正化委員会

所在地 名古屋市東区白壁1丁目50

電話番号 052-212-5515

知多北部広域連合

所在地 愛知県東海市荒尾町西廻間2-1 東海市しあわせ村内

電話番号 052-689-2263

大府市高齢障がい支援課

所在地 大府市中央町五丁目70番地

電話番号 0562-45-6289

この重要事項説明書については2通作成し、利用者、事業所が1通ずつ保有するものとします。

附則(最終変更以外省略)

この規程は、2026年6月1日に改訂する。

地域密着型通所介護サービスの提供の開始に当たり、本書面に基づき重要な事項の説明を行い交付いたしました。

<事業所>

所在地 愛知県大府市梶田町二丁目70番地

事業所名 デイサービスセンター ゆずの里

<説明者>

職名

氏名 _____ ㊞

私は、本書面に基づいて事業所から地域密着型通所介護サービスについて、上記重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意し交付を受けました。また、個人情報の取り扱いに関しても十分理解のうえ同意します。

<ご利用者様>

住所

氏名 _____ ㊞

<署名代行者>

住所

氏名 _____ ㊞ (続柄)

<ご家族様の代表>

住所

氏名 _____ ㊞ (続柄)

個人情報利用同意書

私及び私の家族の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 地域密着型通所介護サービスの提供を受けるに当たって、地域密着型通所介護サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況等を把握するため。
- (2) 事業所内のカンファレンスのため
- (3) 医療機関、介護保険施設、介護支援専門員、介護保険事業所、自治体（保険者）、その他社会福祉施設・団体との連絡調整のため

2 個人情報の内容

- (1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、事業者が地域密着型通所介護サービスを行うために必要な利用者や家族の個人情報
- (2) その他利用者や家族に関する個人情報であって、特定の個人が識別され、又は識別されうる情報

3 使用する期間

サービス契約締結日からサービス提供の終了日まで

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては、関係者以外のもに漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録すること。

以上

医療法人共和会

デイサービスセンター ゆずの里 御中

年 月 日

<ご利用者様

住所

氏名 _____ (印)

<署名代行者>

住所

氏名 _____ (印) (続柄 _____)

<ご家族様の代表>

住所

氏名 _____ (印) (続柄 _____)