

指定地域密着型通所介護  
総合事業通所介護  
「介護予防センター掛田」  
重要事項説明書  
〈令和 7 年 4 月 01 日 改定〉

医療法人 ゆう愛会

指定地域密着型通所介護・総合事業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、遠慮なく質問してください。

1. 指定地域密着型通所介護・総合事業介護サービスを提供する事業者（法人）について
2. サービス提供を実施する事業所について
3. 提供するサービス内容及び費用について
4. その他の費用について
5. ハラスメントについて
6. サービス提供に当たって
7. 業務継続に向けた取り組みについて
8. 感染症対策について
9. 虐待防止について
10. 身体拘束について
11. 秘密の保持と個人情報の保護について
12. 緊急時の対応について
13. 事故発生時の対応方法について
14. 心身の状況の把握
15. 居宅介護支援事業者等との連携
16. サービス提供の記録
17. 非常災害対策
18. 衛生管理等
19. 運営推進会議について
20. サービス提供に関する相談・苦情について
21. 重要事項説明書の有効期間
22. 重要事項説明年月日

この【重要事項説明書】は、伊達市における指定地域密着型・総合事業介護サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例の規定に基づき、指定地域密着型通所介護・総合事業介護サービス提供契約締結際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. 指定地域密着型通所介護・総合事業介護サービスを提供する事業者（法人）について

|         |                                      |
|---------|--------------------------------------|
| 法人名称    | 医療法人 ゆう愛会                            |
| 代表者職・氏名 | 理事長 小野木 太                            |
| 所在地     | 福島県伊達市霊山町掛田字西裏49番地1                  |
| 法人連絡先   | TEL：024-586-1600<br>FAX：024-586-3666 |
| 法人設立年月日 | 平成2年9月21日                            |

2. 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

|           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| 事業所名称     | 介護予防センター掛田                           |
| 介護保険事業所番号 | 0791300296                           |
| 事業所所在地    | 福島県伊達市霊山町掛田字西裏20番地1 2F               |
| 事業所連絡先    | TEL：024-563-4664<br>FAX：024-563-5256 |
| 通常の事業実施地域 | 伊達市                                  |
| 利用定員      | 18名                                  |

(2) 事業の目的及び運営の方針

|       |                                                                                                                                                                   |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | ご利用様が、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生活を営むことができるように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及び機能訓練を行うことにより社会参加の促進及びご家族様の負担軽減を図ることを目的とします。                                         |
| 運営の方針 | ご利用様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、計画的にサービスを提供します。<br>ご利用様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、ご利用様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ご利用様の希望に添って適切に提供します。 |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |            |
|------|------------|
| 営業日  | 月～土曜日      |
| 営業時間 | 8：30～17：30 |

(4) サービス提供可能な日時

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| サービス提供日    | 月～土曜日                 |
| サービス提供時間   | 9：30～16：40            |
| 延長サービス提供時間 | 7：00～9：30 16：40～18：30 |

(5) 事業所の職員体制

|       |       |
|-------|-------|
| 管理者氏名 | 廣邊 大輔 |
|-------|-------|

| 職       | 職 務 内 容                                                                                                                                                                                                                        | 人員数                        |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 管理者     | <p>従業者に、法令等の規定を順守させるため必要な指揮命令を行い、その他業務の管理を行います。</p> <p>ご利用者様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した地域密着型通所介護計画又は総合事業介護計画を生活相談員等と協力して作成します。</p> <p>また、サービス実施状況の把握及び地域密着型通所介護計画又は総合事業通所介護計画の変更を行います。</p> | 常 勤 1<br>名                 |
| 生活相談員   | <p>ご利用者様がその有する能力に応じ自立した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を行います。</p> <p>また、地域密着型通所介護計画又は総合事業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。</p>                                                                                             | 常 勤 1<br>名<br>非 常 勤 0<br>名 |
| 介護職員    | <p>地域密着型通所介護計画又は総合事業通所介護計画に基づき、必要な日常生活の支援及び介護をおこないます。</p>                                                                                                                                                                      | 常 勤 4<br>名<br>非 常 勤 2<br>名 |
| 機能訓練指導員 | <p>地域密着型通所介護計画又は総合事業通所介護計画に基づき、ご利用者様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生活を営むことができるよう、機能訓練を行います。</p>                                                                                                                                  | 常 勤 0<br>名<br>非 常 勤 3<br>名 |

### 3. 提供するサービス内容及び費用について

#### (1) 提供するサービス内容について

| サービス区分と種類                                                    | サービスの内容                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>地域密着型通所介護計画又は総合事業通所介護計画の作成</p> <p>(全てのご利用者様について作成します)</p> | <p>ご利用者様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、ご利用者様の意向や心身の状況など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計画又は総合事業通所介護計画を作成します。</p> <p>地域密着型通所介護計画又は総合事業通所介護計画の作成に当たっては、その内容についてご利用者様又はその家族様に対して説明し、ご利用者様の同意を得ます。</p> <p>それぞれのご利用者様について、地域密着型通所介護計画又は総合事業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。</p> |
| 利用者居宅への送迎                                                    | <p>事業所が保有する自動車により、ご利用者様の居宅と事業所までの間の送迎を行います。</p> <p>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</p>                                                                                                                                                                                                              |

|                   |                   |                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |                   | 難な場合は、車椅子又は歩行介助により送迎を行うことがあります。                                                                                                                                                               |
| 日常生活上の支援          | 食事介助              | 食事の提供及び介助が必要なご利用者様に対して、介助を行います。また、嚥下困難者の為の刻み食、ソフト食等の提供を行います。                                                                                                                                  |
|                   | 入浴介助              | 体調を確認した上での入浴（全身浴・部分浴）の介助又は清拭（身体を拭く）を行います。                                                                                                                                                     |
|                   | 排泄介助              | 排泄の介助、おむつ交換を行います。                                                                                                                                                                             |
|                   | 更衣・整容介助           | 上着、下着の更衣・整容の介助を行います。                                                                                                                                                                          |
|                   | 移動・移乗介助           | 介助が必要なご利用者様に対して、室内の移動、車椅子への移乗の介助を行います。                                                                                                                                                        |
|                   | 服薬介助              | 介助が必要なご利用者様に対して、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              |                   | <p>ご利用者様の状態や能力、希望等に応じて機能訓練指導員が専門的知識に基づき、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事、入浴、排泄、更衣等の日常生活動作を通じた訓練</li> <li>・器械、器具等を使用した訓練</li> <li>・集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操、マッサージ等を行います。</li> </ul> |
| その他<br>（創作活動など）   |                   | ご利用者様の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。                                                                                                                                                          |
| 特別なサービス<br>（加算参照） | 個別機能訓練<br>（Ⅰ）、（Ⅱ） | 個々のご利用者様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行います。また、3ヶ月に1度ご利用者様の居宅に訪問し、進捗状況の説明、訓練内容の見直しを行います。                                                                                        |
|                   | 栄養改善              | <p>低栄養状態又はその恐れのあるご利用者様に対し、管理栄養士が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。</p> <p>※原則3ヶ月で終了（注）</p>                                                                                   |
|                   | 口腔機能向上            | <p>口腔機能の低下している又はそのおそれのあるご利用者様に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善の為の計画を作成し、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。</p> <p>※原則3ヶ月で終了（注）</p>                                                                                |

（注）3ヶ月実施した時点で居宅介護支援事業者に報告し、継続の必要性が認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

（2） 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  
基本報酬・加算等については別紙料金表参照（別紙1・別紙2）

（3） その他の費用の請求及び支払い方法について

|                      |                                           |
|----------------------|-------------------------------------------|
| ご利用料金その他の<br>費用の請求方法 | 利用料利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月毎の合計金額により請求いたします。 |
|----------------------|-------------------------------------------|

|         |                                                                                                                 |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月中旬までにご利用者様宛に送付します。                                                                      |
| お支払い方法等 | 請求月の末日までに、利用者指定口座から自動振り替えとなります。<br>お支払いの確認後、翌月の請求と合わせて領収書を送付いたしますので、必ず保管されますようお願いします。（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、正当な理由が無いにもかかわらず、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払い督促から30日以内に支払いがない場合には、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。

#### (4) 地域密着型通所介護・総合事業通所介護従業者の禁止行為

地域密着型通所介護・総合事業通所介護従業者はサービス提供に当たって、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 ご利用者様又はご家族様の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ③ ご利用者様又はご家族様からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（ご利用者様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 その他ご利用者様又はご家族様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

#### 4. その他の費用について

|             |                                                                                                         |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| キャンセル料      | 当日サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセル料を請求いたします。<br>食事代：700円<br>※尚、営業日でない場合は下記までご連絡ください。<br>090-4636-5497（総務部：菅野 宛） |
| 食事の提供に要する費用 | 700円（おやつ代含む）                                                                                            |
| おむつ代        | リハビリパンツ 100円/枚<br>尿取りパッド 100円/枚<br>※基本的にはご利用者様に持参して頂きます。                                                |
| 交通費について     | 通常の実施地域の方は徴収いたしません。<br>通常の実施地域を超えた地点から1kmにつき25円となります。                                                   |

#### 5. ハラスメントについて

法人は、介護現場で働く職員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ハラスメント防止に向け取り組みます。

(1) 業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

- ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
  - ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- ご利用者及びそのご家族が対象となります。

- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- (3) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

#### 6. サービスの提供に当たって

- (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を確認させていただきます。住所などに変更があった場合は速やかにお知らせください。
- (2) ご利用者様に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、ご利用者様及びご家族様の意向を踏まえて、機能訓練の目標、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「地域密着型通所介護計画又は総合事業通所介護計画」を作成します。尚、作成した「地域密着型通所介護計画又は総合事業通所介護計画」は、ご利用者様又はご家族様にその内容の説明を行い、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (3) サービス提供は「地域密着型通所介護計画又は総合事業通所介護計画」に基づいて行います。尚、「地域密着型通所介護計画又は総合事業通所介護計画」は、ご利用者様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。

#### 7. 業務継続に向けた取り組みについて

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護サービス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) 職員に対し、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の実施します。
- (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。

#### 8. 感染症対策について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないよう下記の措置を講じます。

- (1) 職員の健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 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カ月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底しています。
- (4) 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準備しています。
- (5) 職員に対し、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の実施します。

#### 9. 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その職員に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を

実施する等の措置を講じます。

- (1) 当該事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人）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。
- (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、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (3) 事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。 役職：管理者 氏名：廣邊大輔
- (4) 虐待等の発生防止、早期発見に加え、虐待等が発生した場合、その再発を確実に防止するための対策を検討するための虐待防止委員会を設置します。
- (5) 虐待を含め苦情相談については、事業所の苦情解決責任者が受付し、個人情報の取り扱いに留意し、相談者に不利益がないように配慮し、苦情解決の対応をします。
- (6) 利用者またはご家族に対して、利用可能な権利擁護事業について説明し、その求めに応じ、社会福祉協議会、市町村等の適切な窓口へご案内する等の成年後見制度の利用支援を行います。

#### 10. 身体拘束について

原則として利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

- (1) 事業所は、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行わない。ただし、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除きます。
- (2) 前項の規定による身体拘束等を行う場合には、その様態および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとする。また、あらかじめ利用者またはその家族に、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体拘束等の態様および目的、身体拘束等を行う時間、時間等の説明を行い、同意を書面で得よう努めるものとしします。
- (3) 前各項の規定による身体拘束等を行う場合には、各事業所により検討会議を行う。また、経過観察記録を整備します。
- (4) 2 か月に 1 回、身体拘束委員会を開催します。

#### 11. 秘密の保持と個人情報の保護について

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>事業者は、ご利用者様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ドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとしします。</p> <p>事業者及び事業者の使用するもの（以下「従業者」という。）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の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>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。</p> |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | <p>事業者は、従業者に、業務上知り得たご利用者様又はそのご家族様の秘密を保持させるため、従業さ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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 個人情報の保護について  | <p>事業者は、ご利用者様から予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、ご利用者様の個人情報を用いません。また、ご利用者様のご家族様の個人情報についても、予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議等でご家族の個人情報を用いません。</p> <p>事業者は、ご利用者様及びそのご家族様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。</p> <p>事業者が管理する情報については、ご利用者様のもと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、追加又は削除を求められた場合は、遅延なく調査を行い、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。（開示の際して複写料等が必要な場合はご利用者様の負担となります。）</p>                                                                                                        |
| 個人情報利用範囲について | <p>利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため</li> <li>◆ サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き</li> <li>◆ サービス利用にかかわる管理運営のため</li> <li>◆ 緊急時の医師・関係機関への連絡のため</li> <li>◆ ご家族及び後見人様などへの報告のため</li> <li>◆ 当社サービスの、維持・改善にかかる資料のため</li> <li>◆ 当社の職員研修などにおける資料のため</li> <li>◆ 法令上義務付けられている、関係機関（医療・警察・消防等）からの依頼があった場合</li> <li>◆ 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合</li> <li>◆ 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する</li> </ul> |
| 肖像権について      | <p>当法人のホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## 12. 緊急時の対応について

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

### 13. 事故発生時の対応方法について

ご利用者本人に対する事故又は、ご利用者様宅の物品に対する損害に対しては、当法人では、全国の介護事業所で広く利用されている保険に加入しております。事故の発生時は、その保険で対応します。事故が起こらないように、細心の注意を払って介護等の業務に当たりますが、高齢の方は認知症に伴う判断能力の低下や、ふらつき等のために、転倒等思わぬ事故を起こすことがあります。その時は緊急の処置や、必要に応じて病院紹介をするなど最善の対応をします。その時の医療費については、ご家族に一度お支払い頂き、その後加入している保険で対応することになりますが、保険の範囲外となる医療費については、ご本人やご家族に負担して頂く事があります。サービスを提供する上で起こりうる危険性・偶発的な事故等については、十分なご理解をお願い致します。

### 14. 心身の状況の把握

指定地域密着通所介護・総合事業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、ご利用者様の心身の状況、その置かれている環境、その他の保険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ます。

### 15. 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・総合事業通所介護の提供に当たり、居宅介護事業者及び医療保険サービス又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又は総合事業通所介護計画」の写しを、ご利用者様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) サービス内容が変更された場合又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又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。

### 16. サービス提供の記録

- (1) 指定地域密着型通所介護・総合事業通所介護の実施毎に、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) ご利用者様は、事業者に対して保存されてい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事が出来ます。

### 17. 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。
- (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者に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

## 18. 衛生管理等

- (1) 指定地域密着型通所介護・総合事業通所介護事業所に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する施設、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・総合事業通所介護事業所において感染症が発生し、又は蔓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。

## 19. 運営推進会議について

- (1) 事業の運営にあたっては、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) 当事業所の行う地域密着型通所介護・総合事業通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護・総合事業通所介護について知見を有する物等とし、概ね6ヶ月に1回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内及び出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

## 20. サービス提供に関する相談・苦情について

### 【苦情処理の体制、手順】

- (1) ご利用者様又はご家族様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。
- (2) 苦情や相談があった場合、苦情相談担当者はしっかりと話を聞き、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。
- (3) 苦情担当者（対応者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、ご利用者様又はご家族の立場に立った適切な対処方法を検討します。
- (4) 検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法等は必ずご利用者様又はご家族様へ報告します。
- (5) 苦情又は相談内容については真摯に受け止め、個人情報取扱いに十分配慮した上で、再発防止や今後のサービス向上のための取り組みに従業者全員で検討します。

### 【苦情申立の窓口】

|      |                        |     |              |
|------|------------------------|-----|--------------|
| 事業者  | 介護予防センター掛田             |     |              |
| 所在地  | 福島県伊達市霊山町掛田字西裏20番地1 2F |     |              |
| TEL  | 024-563-4664           | FAX | 024-563-5256 |
| 受付時間 | 月～土曜日 8:30～17:30       |     |              |

|            |                |
|------------|----------------|
| 保険者（市町村等の） | 伊達市高齢福祉課 介護保険係 |
|------------|----------------|

|           |                                      |       |                         |
|-----------|--------------------------------------|-------|-------------------------|
| 介護保険担当部局) |                                      |       |                         |
| 所在地       | 福島県伊達市保原町字舟橋 1 8 0 番地 中央棟 1 階        |       |                         |
| T E L     | 0 2 4 - 5 7 5 - 1 2 9<br>9           | F A X | 0 2 4 - 5 7 6 - 7 1 9 9 |
| 受付時間      | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 (土日祝日および年末年始を除く) |       |                         |

|                |                                      |       |                         |
|----------------|--------------------------------------|-------|-------------------------|
| 福島県国民健康保険団体連合会 |                                      |       |                         |
| 所在地            | 福島市中町 3 番 7 号                        |       |                         |
| T E L          | 0 2 4 - 5 2 3 - 2 7 0<br>2           | F A X | 0 2 4 - 5 2 8 - 0 9 8 9 |
| 受付時間           | 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (土日祝日および年末年始を除く) |       |                         |

21. 重要事項説明書の有効期間

本重要事項説明書は、事業所情報等の内容に変更があった際にその都度ご案内させていただきます。また利用者ご家族様に変更があった際にも再度ご案内させていただきます。

22. 需要事項説明年月日

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

上記内容について、伊達市の指定地域密着型・総合事業通所介護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、ご利用者様に説明を行いました。

|         |       |                           |  |
|---------|-------|---------------------------|--|
| 事業<br>者 | 法人所在地 | 福島県伊達市霊山町掛田字西裏 4 9 番地 1   |  |
|         | 法人名   | 医療法人 ゆう愛会                 |  |
|         | 代表者名  | 理事長 小野木 太                 |  |
|         | 事業所名  | 地域密着型通所介護事業所・介護予防センター掛田 印 |  |
|         | 説明者氏名 |                           |  |

上記内容の説明を事業者から受け、同意しました。

|       |         |                               |                                |
|-------|---------|-------------------------------|--------------------------------|
| ご利用者様 | 住所      |                               |                                |
|       | 氏名      | 印                             |                                |
|       | 肖像権について | <input type="checkbox"/> 同意する | <input type="checkbox"/> 同意しない |
| ご家族様  | 住所      |                               |                                |

|  |    |   |
|--|----|---|
|  | 電話 |   |
|  | 氏名 | 印 |
|  | 続柄 |   |