

## 重要事項説明書

### 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 アガペ
代表者氏名	代表取締役 藤木 一行
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	福岡市中央区薬院1丁目14-5 TEL 092-791-8818 FAX 092-791-8828
法人設立年月日	1994年2月1日

### 2 利用者に対する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	デイサービスセンターアソシエ
介護保険指定 事業者番号	4071102406
事業所所在地	福岡市南区中尾3丁目9-12
連絡先 相談担当者名	TEL 092-403-6090 FAX 092-403-6062 池田 亘 (管理者)
事業所の通常の 事業の実施地域	福岡市内 那珂川市
利用定員	30名

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	デイサービスセンターアソシエ（以下「センター」という。）が行う指定通所の事業（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、センターで指定通所介護の提供に当たる者（以下「従業者」という。）が要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。
運営の方針	日常生活を基盤とした生活援助や心身機能の向上を目的としたサービスを目指し、住み慣れた我が家のような雰囲気の中で、心からゆったりとくつろげるサービスを心がけます。 ・利用者中心の福祉サービスを提供します。 ・福祉・介護の質の向上に常に努力します。 ・地域の医療・福祉機関との緊密な連携を大切にします。 ・職員としての自覚を持ち、皆様への待遇を大切にします。

#### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日とする
営業時間	8時30分から17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
サービス提供時間	9時30分から16時45分

#### (5) 事業所の職員体制

管理者	池田 亘
-----	------

職種	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
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4名 非常勤1名
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1名 非常勤2名
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4名 内1名兼務
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。</li> </ol>	常勤1名 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

サービス区分と種類	サービスの内容
介護予防通所介護計画の作成等（要支援の方）	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者に係る介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画（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介護予防通所介護計画を作成します。</li> <li>2 介護予防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。また、計画を作成した際は、利用者に交付します。</li> <li>3 指定介護予防通所介護の提供に当たっては、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明します。</li> <li>4 指定介護予防通所介護の事業者は、計画に基づくサービスの提供の開始から、少なくとも1月に1回は、利用者の状況やサービスの提供状況について、介護予防サービス計画を作成した介護予防支援事業者者に報告します。</li> <li>5 介護予防通所介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防通所介護計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該介護予防通所介護計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。</li> <li>6 上記のモニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防通所介護計画の変更を行います。</li> </ol>

サービス区分と種類		サービスの内容
通所介護計画の作成 (要介護の方)		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 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 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、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、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。
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。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。
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。)	要 支 援 (運動器機能向上) 要 介 護 (個別機能訓練) 注) 1	利用者の運動器機能の向上を目的として、心身の状態の維持改善のため、長期目標（概ね3か月程度）及び短期目標（概ね1ヶ月程度）を設定し、個別に運動機能向上計画を策定し、これに基づいたサービス提供を利用者ごとに行います。（概ね3か月程度） また、利用者の短期目標に応じて、概ね1ヶ月ごとに短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、運動器機能向上計画の修正を行います。

注) 1 実施期間終了後に、介護支援事業者によるケアマネジメントの結果、サービス提供の継続が必要であると判断される場合は、引き続きサービスを受けることができます。

(1) 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。

- 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

(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

要支援区分の方

サービス提供区分		通所型独自サービス 1 (要支援 1)		通所型独自サービス 2 (要支援 2) 利用が週 1 回程度の場合は 通所型独自サービス 22	
		利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
通常の場合 (要支援 2 週二回程度)	基本	1798 単位/月	1878/月	3621 単位/月	3,783円/月
日割り計算による場合	基本	59 単位/日	61 円/日	119 単位/日	124 円/日
要支援 2 週一回程度の場合	基本			1798 単位/月	1878 円/月
要支援 2 週一回程度の日割り計算による場合	基本			59 単位/日	61 円/日

※ 日割り計算による場合とは、月途中で要介護から要支援に変更となった場合、要支援から要介護に変更となった場合、同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合などです。

	加 算	利用料	利用者負担額	算 定 回 数 等
要支援度による区分なし	通所型独自送迎減算	-47 単位 (片道)	-49 円	送迎を行わなかった場合
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の 9.0%	左記の 1 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)
	通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援 1 88 単位 要支援 2 176 単位 (要支援 2 週一回程度の場合 88 単位)	92 円 184 円 (要支援 2 週一回程度の場合 92 円)	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が 70% 以上または、勤続 10 年以上介護福祉士 25% 以上の場合
	通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援 1 72 単位 要支援 2 144 単位 (要支援 2 週一回程度の場合 72 単位)	76 円 151 円 (要支援 2 週一回程度の場合 76 円)	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が 50% 以上の場合
	通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅲ	要支援 1 24 単位 要支援 2 48 単位 (要支援 2 週一回程度の場合 48 単位)	25 円 50 円 (要支援 2 週一回程度の場合 25 円)	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が 40% 以上の場合
	通所型独自サービス同一建物減算 1	要支援 1 376 単位	-392 円	アソシエ中尾に入居されている場合
	通所型独自サービス同一建物減算 2	要支援 2 752 単位	-785 円	
	通所型独自サービス同一建物減算/2 2	要支援 2 (週一回程度) 376 単位	(要支援 2 週一回程度) -392 円)	
通所型独自サービス科学的介護推進体制加算 通所型独自サービス科学的介護推進体制加算/2	40 単位	41 円	1 月に 1 回	

※ 介護保険負担割合に応じて変動

※ 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介護予防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 (又は翌翌月) 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、全額をいったんお支払いいただきます。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介護予防サービス費の支給 (利用者負担額を除く) 申請を行ってください。

要介護区分の方

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)
<b>基本単位</b>							
介護1	通常規模事業所	370 靴	386円	388 靴	405円	570 靴	595円
介護2	通常規模事業所	423 靴	442円	444 靴	463円	673 靴	703円
介護3	通常規模事業所	479 靴	500円	502 靴	524円	777 靴	811円
介護4	通常規模事業所	533 靴	556円	560 靴	585円	880 靴	919円
介護5	通常規模事業所	588 靴	614円	617 靴	644円	984 靴	1028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			
		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)		
<b>基本単位</b>							
介護1	通常規模事業所	584靴	610円	658靴	687円		
介護2	通常規模事業所	689靴	720円	777靴	811円		
介護3	通常規模事業所	796靴	831円	900靴	940円		
介護4	通常規模事業所	901靴	941円	1023靴	1069円		
介護5	通常規模事業所	1008靴	1053円	1148靴	1199円		

※ 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（又は翌翌月）の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。

	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	56 靴	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	76 靴	79 円	個別機能訓練を実施した日数
	入浴介助加算	40 靴	41 円	入浴介助を実施した日数
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22靴	23円	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が70%以上または、勤続10年以上介護福祉士25%以上の場合
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18靴	19円	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が50%以上の場合
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 靴	6 円	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が40%以上の場合
	通所介護同一建物減算	-94 単位	-98 円	アソシエ中尾に入居されている場合
	通所介護送迎減算	片道 -47 単位	-49 円	送迎を行わなかった場合
	科学的介護推進体制加算	40 単位	41 円	月単位で算定
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の 9.0%	左記の1 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）

※ 介護保険負担割合に応じて変動

※ 個別機能訓練加算は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ師が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練について算定します。

※ (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 食事の提供に要する費用	昼食 600 円、おやつ 60 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
③ おむつ代	100 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	<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 10 日までに利用者あてお届けします。</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△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>(ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 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なことがあります。)</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

- (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、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）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、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、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支援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します。
- (3) 利用者に係る介護支援事業者が作成する「介護サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護（予防）通所介護計画」を作成します。なお、作成した「介護（予防）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いたします
- (4) サービス提供は「介護（予防）通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「介護（予防）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) 介護（予防）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	管理者 池田 亘
-------------	----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。  
(3) 苦情解決体制を整備しています。  
(4) 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。  
(5) 最低、年に1回は外部研修に参加します。

## 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します。  
(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します。  
(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 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ドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 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。 ③ 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。 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>
---------------------------------	--

<p>② 個人情報の保護について</p>	<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>
----------------------	---

10 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。

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定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、利用者に係る介護支援事業者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。

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	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	利用者・及び従業員に対する傷害・損害保険

12 心身の状況の把握

指定通所介護の提供に当たっては、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します。

13 介護支援事業者等との連携

- ① 指定通所介護の提供に当たり、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（予防）介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で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介護支援事業者に送付します。

#### 14 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。

#### 15 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：（ 施設長・吉武 一樹 ）
- 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）

#### 16 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。

#### 17 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 提供した指定介護予防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

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 デイサービスセンターアソシエ 担当：池田 亘	所在地福岡市南区中尾3丁目9-12 電話番号 092-403-6090 ファックス番号 092-403-6062 受付時間 8:30 から 17:30
【市町村（保険者）の窓口】 福岡市福祉・介護保険課	東区福祉・介護保険課 電話番号 092-645-1069  博多区福祉・介護保険課 電話番号 092-419-1081  中央区福祉・介護保険課 電話番号 092-718-1102  南区福祉・介護保険課 電話番号 092-559-5125  城南区福祉・介護保険課 電話番号 092-833-4105  早良区福祉・介護保険課 電話番号 092-833-4355  西区福祉・介護保険課 電話番号 092-895-7066
【市町村（保険者）の窓口】 筑紫郡那珂川町・高齢者支援課	電話番号 092-953-2211
【公的団体の窓口】 福岡県国民健康保険団体連合会	所在地福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 642-7859

18 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

## 19 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	令和      年      月      日
-----------------	-------------------------

上記内容について、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	福岡市南区中尾3丁目9-12
	事業所名	デイサービスセンターアソシエ ㊞
	管理者	池田 亘
	説明者氏名	㊞

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	㊞

(署名代筆 )

代理人	住所	
	氏名	㊞