

**認知症対応型通所介護
介護予防認知症対応型通所介護
重要事項説明書**

株式会社 アイ・シビル

〒562-0044 大阪府箕面市半町二丁目 12 番 22 号

TEL 072-720-5227

FAX 072-734-7886

重要事項説明書 (単独型認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護)

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている指定認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応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。

この「重要事項説明書」は、「箕面市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例(平成25年3月28日 条例第19号)」の規定に基づき、指定認知症対応型通所介護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応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	株式会社 アイ・シビル
代表者氏名	代表取締役 高垣 陽一
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府吹田市江坂町一丁目6番6号 TEL 06-6338-3883 FAX 06-6338-3041
法人設立年月日	平成14年10月17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	あい・シビル
介護保険指定 事業者番号	2791400282
事業所所在地	大阪府箕面市半町二丁目12番22号
連絡先 相談担当者名	TEL 072-720-5227 FAX 072-734-7886 管理者: 阪本 あゆみ 相談員: 渡部 登喜子、砂川 裕隆、岡本さなえ
事業所の通常の 事業の実施地域	箕面市
利用定員	12名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	株式会社 アイ・シビルにおいて実施する指定認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応型通所介護サービス事業の適正な運営を確保するために必要な人員および運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員および介護職員、機能訓練指導員が、要介護状態の利用者に対し、適正な指定認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応型通所介護を提供することを目的とする。
運営の方針	1. この事業所が実施する事業は、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立感の解消および心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練指導等の介護、その他の生活全般にわたる援助を行

	う。 2. 事業に当たっては、他の保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する者と連携に努めるものとする。 3. 事業に当たっては、厚生省令に定める内容を遵守する。
--	--

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝日営業）
休日	日曜日、8月13日～8月15日、12月29日～1月3日
営業時間	午前8:30～午後5:30

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日～土曜日（祝日営業）
休日	日曜日、8月13日～8月15日、12月29日～1月3日
サービス提供時間	午前9:00～午後5:00

(5) 事業所の職員体制

管理者	阪本 あゆみ
-----	--------

職	職務内容	人員数
管理者	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。 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。 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認知症対応型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。 4 利用者へ認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応型通所介護計画を交付します。 5 指定認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応型通所介護の実施状況の把握及び認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応型通所介護計画の変更を行います。	常勤 1名
生活相談員	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。 2 それぞれの利用者について、認知症対応型通所又は介護予防認知症対応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。	常勤 1名以上

機能訓練 指導員	1 認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応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。	常勤 1名以上
看護師・ 准看護師 (看護職員)	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。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 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。	常勤 1名以上
介護職員	1 認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応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 1名以上

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	
認知症対応型通所介護計画の作成	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認知症対応型通所介護計画又は介護予防認知症対応型通所介護サービス計画を作成します。 2 認知症対応型通所介護計画又は介護予防認知症対応型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 認知症対応型通所介護計画又は介護予防認知症対応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、認知症対応型通所介護計画書又は介護予防認知症対応型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、認知症対応型通所介護計画又は介護予防認知症対応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。	
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。	
生活相談	利用者及びご家族の介護に関する生活指導を行います。	
口腔機能向上	食前に口腔体操、発声練習、食後の歯磨きの習慣化を行います。	
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) 認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応型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、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

(3) 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

①(i) 要介護

要介護度	サービス提供時間区分		利用者負担額		
	基本単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
	5時間以上6時間未満				
要介護1	858	9,146	915	1,830	2,744
要介護2	950	10,127	1,013	2,026	3,039
要介護3	1,040	11,086	1,109	2,218	3,326
要介護4	1,132	12,067	1,207	2,414	3,621
要介護5	1,225	13,058	1,306	2,612	3,918
	6時間以上7時間未満				
要介護1	880	9,380	938	1,876	2,814
要介護2	974	10,382	1,039	2,077	3,115
要介護3	1,066	11,363	1,137	2,273	3,409
要介護4	1,161	12,376	1,238	2,476	3,713
要介護5	1,256	13,388	1,339	2,678	4,017
	7時間以上8時間未満				
要介護1	994	10,596	1,060	2,120	3,179
要介護2	1,102	11,747	1,175	2,350	3,525
要介護3	1,210	12,898	1,290	2,580	3,870
要介護4	1,319	14,060	1,406	2,812	4,218
要介護5	1,427	15,211	1,522	3,043	4,564

②(ii) 要支援

サービス提供時間 区分 要介護度	利用者負担額				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
	5時間以上6時間未満				
要支援1	741	7,899	790	1,580	2,370
要支援2	828	8,826	883	1,766	2,648
	6時間以上7時間未満				
要支援1	760	8,101	811	1,621	2,431
要支援2	851	9,071	908	1,815	2,722
	7時間以上8時間未満				
要支援1	861	9,178	918	1,836	2,754
要支援2	961	10,244	1,025	2,049	3,074

③加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
入浴介助加算(Ⅰ)	40	426	43	86	128	1日につき
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	2,132	214	427	640	1月につき
個別機能訓練加算(Ⅰ)	27	287	29	58	87	個別機能訓練を実施した日数
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20	213	22	43	64	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1,599	160	320	480	月に2回を限度
通所介護処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の 150/1000	左記の単位数×地域区分	左記の 1割	左記の 2割	左記の 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)
科学的介護推進体制加算	40	426	43	86	128	1月につき
送迎減算	-47	-501	-51	-101	-151	居宅と当該事業所との間の送迎を行わない場合

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び認知症対応型通所介護計画または介護予防認知症対応型通所介護計画に位置付けられた時間数(計画時間数)によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る認知症対応型通所介護計画または介護予防認知症対応型通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに認知症対応型通所介護計画または介護予防認知症対応型通所介護計画の見直しを行いません。

※ 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。

※（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	通常の実施地域を超えて行うサービスに要する交通費は距離 1kmあたり 500 円を基準に申し受けます。	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	サービス利用日当日 午前8時まで	キャンセル料は不要です。
	サービス利用日当日 午前8時以降	利用料自己負担額と食事代の680円
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
③ 食事の提供に要する費用	780 円（1食当り 食材料費及び調理コスト）	
③ おむつ代	紙おむつM100 円、L 120 円 紙パンツM200 円、L 230 円 尿とりパット一枚 30 円 ※物々交換でも可能	
④ 日常生活費	タオル3枚セット 150 円/回	
⑤ レクリエーション費	98 円（1回あたり）	

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 15 日頃までに利用者あてに郵送します。</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、翌月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>利用者指定口座からの自動振替</p> <p>(1) 郵便局（手数料は利用者様でご負担ください）</p> <p>(2) 銀行</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10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、「認知症対応型通所介護計画」または、「介護予防認知症対応型通所介護計画」を作成します。なお、作成した「認知症対応型通所介護計画」または「介護予防認知症対応型通所介護計画」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「認知症対応型通所介護計画」または「介護予防認知症対応型通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「認知症対応型通所介護計画」または「介護予防認知症対応型通所介護計画」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) 認知症対応型通所介護または介護予防認知症対応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ないますが、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	渡部 登喜子
-------------	--------

- (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。

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、利用者本人又は他人の生命・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、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・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です。
- (3) 一時性……利用者本人又は他人の生命・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。
- (4)

9 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<ul style="list-style-type: none"> 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ダンス」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。
② 個人情報の保護について	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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ます。 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、追加又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。）

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。

主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地および電話番号	TEL

緊急連絡先	①氏名(続柄)	続柄
	住所および電話番号	TEL
	②氏名(続柄)	続柄
	住所および電話番号	TEL

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定認知症対応型通所介護または介護予防認知症対応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認知症対応型通所介護または介護予防認知症対応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。

市町村	市 町 村 名	箕面市
	担 当 部 ・ 課 名	健康福祉部広域福祉課
	電 話 番 号	072-727-9539
居宅介護支援事業者	事 業 所 名	
	所 在 地	
	担当介護支援専門員氏名	
	電 話 番 号	
緊急連絡先	氏 名	続柄
	住 所	
	電 話 番 号	

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	AIG 損害保険株式会社
保険名	賠償責任保険（企業用）証券
保障の概要	施設・事業活動遂行事故に関する補償

12 心身の状況の把握

指定認知症対応型通所介護の提供または介護予防認知症対応型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、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。

13 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定認知症対応型通所介護または介護予防認知症対応型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「認知症対応型通所介護計画」または「介護予防認知症対応型通所介護計画」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。

14 サービス提供の記録

- ① 指定認知症対応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：（代表取締役 高垣 陽一）
- 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）

16 衛生管理等

- ① 指定認知症対応型通所介護または介護予防認知症対応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 指定認知症対応型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 指定認知症対応型通所介護サービス内容の利用料目安について

- このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

介護度 【 】 利用曜日 【 】

A 介護保険内の費用（介護保険適応の場合） 例）月 回で試算

	利用者負担額 (割)	算定回数	一ヶ月の小計
基本利用料	円	利用回数	円
(加算)			
入浴介助加算	円	利用回数	円
個別機能訓練Ⅰ i	円	利用回数	円
個別機能訓練Ⅱ	円	月一回	円
科学的介護推進 体制加算	円	月一回	円
口腔機能向上	円	月二回	円
生活機能向上連 携加算	円	月一回	円
			円

B その他の費用

食事代	780円	利用回数	円
レクリエーション費	98円(税別)	利用回数	円

※1 か月は4週で計算しています。

【1か月当りのお支払い額の目安 (A+B)】

お支払い額の目安	円
----------	---

※ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

18 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 提供した指定認知症対応型通所介護または介護予防認知症対応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。

(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。

○ 苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。

○ 管理者は、職員に事実関係の確認を行う。

○ 相談担当者は、把握した状況の検討を行い、時下の対応を決定する。

○ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する)

ウ 事業所は提供した事業に関し、市町村が行う文書その他の提出もしくは提示の求め又は当該市町村からの質問及び照会に応じ、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います。

エ 事業所は提供した事業に係る利用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います。

(2) 苦情申立の窓口

窓【事業者の	あい・シビル 管理者 阪本 あゆみ	所在地 大阪府箕面市半町二丁目 12 番 22 号 電話番号 072-720-5227 ファックス番号 072-720-5228 受付時間 月曜～土曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
窓【市町村の	箕面市役所 健康福祉部広域福祉課	所在地 箕面市萱野 5-8-1 電話番号 072-727-9539 ファックス番号 072-727-3539 受付時間 平日午前 8 時 45 分から午後 5 時 15 分
窓【公的団体の	大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地 大阪市中央区常磐町 1-3-8 電話番号 06-6949-5446 ファックス番号 06-6949-5417 受付時間 平日午前 9 時～午後 5 時

19 サービスのご利用に関する注意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用される上での快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

① 体調について

・サービスの利用中に気分が悪くなった時は、すぐに職員にお申し出ください。

② 施設・設備の使用上の注意

・施設・設備・敷地をその本来の用途にしたがって利用してください。

・故意に施設・設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により現状回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

・当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません。

③ 喫煙

・事業所内の定められた場所（屋外）以外での喫煙はできません。

20 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、「箕面市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成 25 年 3 月 28 日 条例第 19 号）」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	大阪府箕面市半町二丁目 12 番 22 号
	法人名	株式会社 アイ・シビル
	代表者名	代表取締役 高垣 陽一
	事業所名	あい・シビル
	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	

代理人	住所	
	氏名	