# 指定通所介護　指定第１号通所事業重要事項説明書

指定通所介護、指定第１号通所事業の提供開始にあたり、事業者が説明すべき重要事項は、次の通りです。

## １．事業の目的

株式会社両備ヘルシーケア（以下、「事業者」という。）が管理運営する両備ヘルシーケア高松デイサービス（以下、「事業所」という。）が利用者に対して行う、指定通所介護、指定第１号通所事業（以下、「通所サービス」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、事業所の従業者等が、要介護状態、要支援状態又は事業対象にある高齢者に対し、適正な通所サービスを提供することを目的とします。

## ２．運営の方針

指定通所介護の提供にあたっては、事業所の従業者は、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生活機能の維持又は向上を目指し、また、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の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ために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。

指定第１号通所事業の提供にあたっては、事業所の従業者は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。

事業者は、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供にあたります。

多様な評価の手法を用いて、その提供する通所サービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

## ３．事業者（法人）の概要

| | |
|---|---|
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社両備ヘルシーケア |
| 主たる事務所の所在地 | 〒７００－０８２３　岡山市北区丸の内二丁目１番１０号 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役　辰巳　弘光 |
| 設　立　年　月　日 | １９９８年4月1日 |
| 電　　話　　番　　号 | ０８６－２３５－０８００ |

４．事業所の概要

| | | |
|---|---|---|
| 事業所の名称 | 両備ヘルシーケア高松デイサービス | |
| サービスの種類 | 指定通所介護<br>指定第１号通所事業<br>（高松市介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA） | |
| 指定（更新）年月日<br>事業所番号 | ２０２２年５月１日（通所介護）<br>２０２２年１０月１日（第１号通所）<br>２０２１年１１月１日（通所型） | ３７７０１０９２３３<br>３７A０１０００１１<br>３７７０１０９２３３ |
| 管理者の氏名 | 美馬　綾子 | |
| 事業所の所在地 | 〒７６０－００１１　高松市浜ノ町５３番３８号 | |
| 電話番号 | ０８７－８１３－２２９３ | |
| ＦＡＸ番号 | ０８７－８１３－２２６７ | |
| 定員 | ３５名 | |
| 設備等 | ■食堂兼機能訓練室　：　１３６．９㎡<br>岩盤浴設備、トレーニングマシン等<br>■浴室　：　一般浴室（大浴槽）１か所<br>※準天然温泉大浴場<br>特殊浴室（チェアインバス）１か所<br>■静養室、相談室　：　各１室<br>■送迎車　：　普通車両、スロープ車両、リフト車両<br>■その他　：　海岸テラスに足浴設備あり | |

５．営業日時、サービス提供日時

| | |
|---|---|
| 営業日 | 月曜日～金曜日　※定休日：土、日、１２月３１日～１月３日 |
| 営業時間 | 午前８時１５分　～　午後５時１５分 |
| サービス提供日 | 月曜日～金曜日（営業日と同じ） |
| サービス提供時間 | 午前９時００分　～　午後４時３０分 |

６．通常の事業の実施地域

高松市（島嶼部、塩江町、香川町、川岡地区、三谷町、山田地区、前田地区、国分寺町、下笠井地区、牟礼町、庵治町を除く）

７．提供するサービスの内容

（１）日常生活上の援助（利用者に必要な日常生活上の世話及び援助）
（２）日常生活動作の機能訓練（総合又は個別的な機能訓練、レクリエーション）
（３）食事の提供（食事（普通食、介護食、療養食）の提供及び必要な介助）
（４）入浴（入浴サービスの提供及び必要な介助）
（５）送迎（居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助）
（６）相談及び助言（日常生活における介護等に関する相談及び助言）

（7）健康状態の確認（体調確認、血圧測定、検温等）

（8）その他利用者に対する便宜の提供

8．従業者の勤務体制

| | |
|---|---|
| 管　　理　　者 | 美馬　綾子 |

| 職種 | 資格 | 常勤 | | 非常勤 | | 計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 管理者 | 介護福祉士 | | 1名 | | | 1名 |
| 生活相談員 | 社会福祉主事 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 看護職員 | 看護師 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 機能訓練指導員 | 看護師 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 介護職員 | 介護福祉士 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| | ヘルパー1級等 | 名 | 名 | 名 | 名 | |
| | ヘルパー2級等 | 名 | 名 | 名 | 名 | |

※管理者は、事業所の従業者の管理及び利用申し込みに係る調整、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。

※生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員は、通所介護計画等に基づき、通所サービスの提供にあたります。

※ヘルパー1級等：看護師、准看護師、ホームヘルパー1級、介護職員基礎研修、
実務者研修課程修了者

※ヘルパー2級等：ホームヘルパー2級、介護職員初任者研修課程修了者

9．利用料等

通所サービスを提供した場合の利用料等の額は、介護報酬告示上の額又は高松市が定める額と事業者が個別に定めるその他費用の合計額です。

介護報酬告示上の額等の利用者自己負担分は、通所サービス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又は高松市が定める額に利用者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とします。

（1）指定通所介護（要介護認定者）　　通常規模型事業所　7級地　10．14円／単位

| 要介護区分 | 自己負担割合1割、1回利用の場合の目安 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | 6時間以上7時間未満 | 7時間以上8時間未満 |
| 要介護1 | 376円 | 394円 | 578円 | 593円 | 668円 |
| 要介護2 | 429円 | 451円 | 683円 | 699円 | 788円 |
| 要介護3 | 486円 | 509円 | 788円 | 808円 | 913円 |
| 要介護4 | 541円 | 568円 | 893円 | 914円 | 1，038円 |
| 要介護5 | 597円 | 626円 | 998円 | 1，023円 | 1，164円 |

※介護職員等処遇改善加算Ⅰロ（1か月の合計所定単位数の１２．０％）が別途加算されます。
※サービス提供体制強化加算Ⅱ（１９円／回　負担割合１割の場合）が別途加算されます。
※入浴介助加算Ⅰ（４１円／日　負担割合１割の場合）：入浴希望の利用者
※個別機能訓練加算Ⅰイ（５７円／日　負担割合１割の場合）：個別機能訓練希望利用者
※個別機能訓練加算Ⅱ　（２１円／月　負担割合１割の場合）：個別機能訓練をご利用の方に個別機能訓練加算Ⅰイと合わせて加算されます。
※若年性認知症利用者受入加算（６１円／日　負担割合１割の場合）：該当利用者
※口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（２１円／回　負担割合１割の場合）６カ月に１回別途加算されます。
※科学的介護推進体制加算（４１円／月　負担割合１割の場合）が別途加算されます。
※ADL 維持等加算Ⅰ又はⅡ（３１円又は６１円／月　負担割合１割の場合）が別途加算されます。（基準を満たした場合）

（2）指定介護予防通所介護相当サービス（事業対象者、要支援）７級地　１０．１４円／単位

| | 自己負担割合１割、１か月の目安 |
|---|---|
| 事業対象者、要支援１<br>週１回まで（※１）<br>通所型独自サービス１（月５回利用） | １，８２４円 |
| 事業対象者、要支援２<br>週２回まで（※２）<br>通所型独自サービス２（月 9、10 回利用） | ３，６７２円 |

※１　週１回までの利用で、１か月の中で全部で１～４回までのサービスを行った場合は、４４３円／回（負担割合１割の場合）となります。
※２　週２回までの利用で、１か月の中で全部で５～８回までのサービスを行った場合は、４５４円／回（負担割合１割の場合）となります。事業対象者が高松市への届出を行い週２回程度利用する場合は、要支援２の自己負担額と同額になります。
※介護職員等処遇改善加算Ⅰロ（1か月の合計所定単位数の１２．０％）が別途加算されます。
※サービス提供体制強化加算Ⅱが以下の通り別途加算されます。
事業対象者（週１回程度利用）及び要支援１：７３円／月
事業対象者（週２回程度利用）及び要支援２：１４６円／月
※口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（２１円／回　負担割合１割の場合）：６カ月に１回加算されます。
※科学的介護推進体制加算（４１円／月　負担割合１割の場合）が別途加算されます。
※生活機能向上グループ活動加算（１０２円／月　負担割合１割の場合）：共通の課題を持った介護予防通所サービスの利用者グループに日常生活支援のための活動を提供した場合に加算されます。
※若年性認知症利用者受入加算（２４４円／月　負担割合１割の場合）：該当利用者

（3）指定通所型サービスＡ（事業対象者、要支援認定者）　　7級地　１０．１４円／単位

| | 基本単位<br>1回あたり | 自己負担<br>（1割） | 自己負担<br>（2割） | 自己負担<br>（3割） |
|---|---|---|---|---|
| 通所型サービスＡ（Ｉ）<br>週１～２回 | ３７８ | ３８４円 | ７６７円 | １，１５０円 |

※要支援１の方は週１回まで、要支援２の方は週２回まで利用可能です。

※事業対象者の方は高松市への届出により週２回まで利用可能です。

※生活機能向上グループ活動加算（１０２円／月　負担割合１割の場合）：共通の課題を持った介護予防通所サービスの利用者グループに日常生活支援のための活動を提供した場合に加算されます。

（4）その他の費用

① 食費（１食）６３０円、おやつ代（１食）６０円

※特定の食材にアレルギーがある方等、医師の指示により禁止されている食材がある場合は事業所に対し、事前に情報提供をお願いします。

※療養食（糖尿病、腎臓病、肝臓病、貧血、すい臓病、脂質異常症等）対応ができます。
低残渣食、胃潰瘍食の対応はできません。
療養食のご提供は別途追加料金（１００円）がかかります。

※介護食（ソフト食、ミキサー食、ゼリー食）の対応ができます。
上記介護食のご提供には追加料金はかかりません。

※医師の指示以外の食材変更、味付け調整等の個別対応は原則できません。

② おむつ代　　実費

③ レクリエーション代　実費

※利用者の希望又は自由選択に基づいて行われるレクリエーションにかかる実費

④ 交通費　有料自動車道等、送迎車両に係る燃費以外にかかる費用がある場合、その実費

※通常の事業の実施地域以外にある利用者の居宅に、通所サービスの提供を目的とした送迎を行った場合、通所サービスの利用料とは別に交通費の支払を利用者より受けます。その場合、事業者は利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、交通費の支払に同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けます。

（5）キャンセル料

| | |
|---|---|
| 利用予定日の６日前までにキャンセルの連絡あり | 無料 |
| 利用予定日の６日前までにキャンセルの連絡なし<br>※利用中の食事キャンセルについても右記金額を頂戴します。 | ６９０円<br>（食費、おやつ代分） |

※事業所がやむを得ないキャンセル事由と判断した場合は、無料とします。

（6）利用料等の請求と支払

サービス提供月の末日で締め、原則翌月１５日までに利用者に明細を付した請求書を交付します。請求書発行月の２７日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に、事業者は利用者の指定する口座より口座振替の方法により、利用料等の支払いを受けます。

事業者は利用料等の受領を確認した後、領収証を発行します。

（７）保険給付の請求の為の証明書の交付

事業者は、法定代理受領サービスでない通所サービスに係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した通所サービスの内容、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します。

法定代理受領サービスでない通所サービスとは、利用者の自己作成による居宅サービス計画にもとづき事業者より指定居宅サービスの提供を受け、利用者自らが市町村に対し保険給付の請求を行う場合や、利用者の諸事情により介護報酬告示上の額の全額を利用者により事業者へ支払う場合の通所サービスのことをいいます。

（８）利用料等の変更

介護保険法等の改定、消費者物価指数の変動その他の理由により、利用料等を変更する場合があります。事業者は利用者に変更の１か月前までに文書により通知することで利用料等の増減を決定することができます。利用者が利用料等の変更に承諾しない場合は、その旨を文書にて通知することで契約を解約することができます。承諾する場合、事業者は、新たな利用料等を明示した重要事項説明書別紙又は同意書を利用者と取り交わします。

１０．通所サービスの提供と記録

事業者は、通所介護計画、介護予防通所介護相当サービス計画又は通所型サービスＡ計画、事故、苦情、市町村への通知に関する記録、利用者に提供した具体的なサービスの内容と日時その他必要な事項を記載したサービス提供記録等、これらを各々完結の日より５年間保存します。

利用者は事業所の営業時間内に、当該利用者に対する通所サービスの提供記録を閲覧することができます。また、利用者の希望により、当該利用者の記録複写物の交付を受けることができます。尚、複写にかかる費用は利用者の実費負担となります。

１１．通所サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

① 事業者は、通所サービスの利用を求められた場合は、その利用申込者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、事業対象、要支援認定又は要介護認定の有無及びその認定期間を確認します。また、被保険者証に認定審査会意見が記載されている場合は、当該認定審査会意見に配慮して、通所サービスを提供します。

② 事業対象、要支援認定又は要介護認定を受けていない利用申し込みについては、申請状況を確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう、必要な援助を行います。

③ 既に居宅サービス計画、介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメント（以下、「居宅サービス計画等」という。）の作成を依頼している場合には、事前に介護支援専門員にご相談ください。事業者は介護支援専門員と利用についての調整を行い、通所介護計画、介護予防通所介護相当サービス計画又は通所型サービスＡ計画（以下、「通所サービス計画」という。）を作成の上、利用者にサービス内容の同意を得て、契約を締結します。
また、居宅サービス計画等の作成を依頼していない場合は、事業所の管理者に相談ください。管理者が利用者の状況に合わせて介護支援専門員を紹介します。

④ 契約締結後、事業所は通所サービス計画に沿って通所サービスの提供を開始します。

（２）心身の状況等の把握とサービス計画

事業者は通所サービスの提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者等（以下、「居宅介護支援事業者等」という。）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、居宅サービス計画等の内容と、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、通所サービスの目標、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サービス計画を作成します。

利用者が、居宅サービス計画等の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等への連絡その他必要な援助を行います。

（３）契約の終了

事業者及び利用者は、以下の事由に該当する場合は、利用者を担当している居宅介護支援事業者等に連絡の上、契約を解約することができます。

① 利用者の都合で契約を解約する場合、１４日前までに事業者に対して文書で通知ください。

② 事業者のやむを得ない事情により契約を解約する場合、３０日前までに利用者又は家族に対して文書で通知します。

③ 利用者が以下の事由に該当する場合、契約は自動終了となります。

ア 介護保険施設等に入所した場合

イ 事業対象、要支援、要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

ウ 死亡した場合

エ 事業所の通常の事業実施地域を超えた転居等により、事業所による送迎が困難と判断する場合

④ 事業者が以下の事由に該当する場合、利用者は事業者に対して文書で通知することによって直ちに契約を解約することができます。

ア 正当な理由なく通所サービスを提供しない場合

イ 守秘義務に反した場合

ウ 利用者や家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

エ 破産した場合

⑤ 利用者又は家族が以下の事由に該当する場合、事業者は利用者又は家族に対して文書で通知することにより、直ちに契約を解約することができます。

ア サービス利用料等の支払を２か月以上滞納し、利用料等を支払うよう催告したにもかかわらず、１４日以内に支払いがない場合

イ 正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合

ウ 事業者又は事業者の従業者に対して契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合

エ 利用者の入院等により、３か月以上にわたり通所サービスが利用できない状態であることが明らかになった場合

（４）通所サービス利用にあたっての留意事項

事業者は、利用者に対し通所サービスの提供を適切に行うために、利用者及び家族に対し以下の協力を求めます。

① 事業者及び事業所の従業者に対し、利用料等以外の金品等の供与をしないでください。
② 適切な通所サービスを提供するために必要な利用者に関わる心身、その他必要な情報を提供してください。
③ 事業所が利用者に持参を依頼する私物以外の所持金品は、自己の責任で管理してください。紛失、汚損、破損等について事業所は一切の責任を負いかねます。
④ 事業所及び送迎車両内での飲酒、喫煙は禁止です。
⑤ 従業者、他の利用者に対する勧誘、販売、宣伝、布教活動等をしないでください。
⑥ 風邪、インフルエンザ等他の利用者に感染する恐れのある感染症の症状があきらかな場合は当日の利用を控えてください。また、利用中においても健康チェックにより体調不良、体調の悪化が認められた場合、事業所の判断により当日のサービス内容（入浴、機能訓練等）の変更もしくは中止をすることがあります。
⑦ 事業所は、気象警報・注意報の発表、被災又はその可能性が高い場合、その他利用者又は従業者の安全確保を勘案しやむを得ないと判断する場合は利用者又は家族に事前に連絡の上、臨時休業、サービスの中断又は中止する場合があります。
⑧ 送迎サービスについて、利用日における交通事情、他の利用者の乗り合わせ事情等により厳密な自宅到着時間（分単位等）の指定は承れません。

（５）サービス提供困難時の対応

事業者は、利用申込者に対し自ら適切な通所サービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者等への連絡、他の指定通所介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに行います。また、事業者は正当な理由なく通所サービスの提供を拒否しません。

（６）利用者に関する市町村への通知

事業者は、通所サービスを受けている利用者が次の事由のいずれかに該当する場合は、保険給付の適正化の観点から遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知します。

① 正当な理由なしに通所サービスの利用に関する指示に従わないことにより、事業対象、要支援状態又は要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。
② 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

１２．緊急時の対応

事業者は、現に通所サービスの提供を行っているとき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、速やかに主治医、家族、事業所の管理者、居宅介護支援事業者等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

| | | |
|---|---|---|
| 緊急<br>連絡先 | 氏名・続柄 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|---|---|---|
| 主治医 | 病院・診療所名 | |
| | 医師名 | |
| | 病院等住所 | |
| | 病院等電話番号 | |

１３．非常災害対策

事業者は、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するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。また、非常災害や感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、業務継続に向けた計画等の策定、研修・訓練の実施を行います。訓練の実施にあたっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

１４．事故発生時の対応方法

事業者は、通所サービスの提供により事故が発生した場合は、主治医、利用者の家族、居宅介護支援事業者等、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録をとり、５年間保存するとともに、事故が生じた原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

事業者は、利用者に対する通所サービス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。

| | |
|---|---|
| 加 入 保 険 会 社 | 三井住友海上火災保険株式会社 |
| 保 険 の 種 類 | 福祉事業者総合賠償責任保険 |

１５．個人情報の保護、秘密保持

（１）事業者は、事業所の従業者が正当な理由なく、その業務上で知り得た利用者又は家族の個人情報、秘密を漏らさないよう、従業者に対し、雇用契約時及び退職時において、秘密を保持すべき旨の誓約書を交わします。

（２）事業者は、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る場合は利用者に対し、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族に対し、あらかじめサービス提供開始前に包括的な同意を文書により得ます。

① 個人情報は、氏名、住所、心身の状況、サービス提供状況、既往歴、その他通所サービスの適切な提供において共有を必要とする利用者又は当該家族に関わる情報とします。

② 個人情報は、サービス担当者会議等において、利用者の問題点や、解決すべき課題等を、介護支援専門員や他のサービス担当者と共有するために使用します。その他、関係行政機関からの要請、指示があった場合や、利用者の健康管理のため又は緊急時、事故発生時の対応のために、主治医、医療機関に対しての情報提供が必要となった場合、その他サービスの利用調整に必要となった場合に使用します。

③　個人情報を使用した会議、相手方、その内容について記録し５年間保存します。

１６．虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、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　虐待の発生又はその再発を防止するために、指針の整備、委員会の開催、及びその担当者を定めます。

②　利用者の人権の擁護、虐待の防止に努めるとともに、虐待の早期発見、市町村への通報に努めます。

③　「高齢者虐待防止ガイドライン」の趣旨及び内容を十分に踏まえた従業者研修の実施、又は外部研修への参加の機会を確保します。

④　従業者のストレスチェック、定期面談を実施し職場環境を管理します。

⑤　虐待の事実を発見した場合の通報マニュアルの作成と周知をします。

⑥　通所サービスの提供にあたり、事業者は養護者等による虐待を受けたと思われる事実を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

１７．身体的拘束の禁止等

事業者は、通所サービスの提供にあたって当該利用者又は他の利用者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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下、「身体的拘束等」という。）を行わないものとし、やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項を記録するとともに、その完結の日から５年間保存します。

事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の定期的な実施を行います。

１８．成年後見制度の活用支援

事業者及び事業所は、利用者と適正な契約手続等を行うため、必要に応じ、成年後見制度等の利用方法や関係機関の紹介等、成年後見制度等を活用できるように適切な支援を行います。

１９．衛生管理事項

事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用水について、衛生的な管理、衛生上必要な措置を講じます。また、事業所において、感染症の発生又は蔓延を予防する取り組みとして、委員会の開催、指針の整備、研修・訓練の実施など必要な措置を講じます。

２０．苦情相談窓口

（１）当事業所の受付窓口（営業日）

| | |
|---|---|
| 事業所相談窓口<br>（事務所内） | 両備ヘルシーケア高松デイサービス<br>担当者　　美馬　綾子<br>電話　　０８７－８１３－２２９３<br>受付時間　　午前８時１５分　～　午後５時１５分 |

（２）公的機関の受付窓口

| | | |
|---|---|---|
| 公的機関 | 高松市健康福祉局介護保険課 | 所在地　高松市番町一丁目８番１５号<br>電話番号　０８７－８３９－２３２６<br>受付時間　午前８時３０分～午後５時００分<br>定休日　土、日、祝日 |
| | 香川県国民健康保険団体連合会 | 所在地　高松市福岡町２丁目３番２号<br>電話番号　０８７－８２２－７４５３<br>受付時間　午前８時３０分～午後５時１５分<br>定休日　土、日、祝日 |

（３）利用者からの苦情に対応するために必要な措置の概要

① 利用者及びその家族からサービス提供等において苦情があった場合の処理体制や対応策について、「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」を定めます。

② 利用者及びその家族からの苦情を受けた場合は、苦情に対し事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、その内容等を記録し５年間保存します。

③ 市町村から文書その他物件の提出もしくは提示の求めがあった場合又は市町村の職員からの質問もしくは照会があった場合は、その調査に協力します。

④ 市町村からの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。

⑤ 市町村からの求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を市町村に報告します。

⑥ 利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従い必要な改善を行います。

⑦ 国民健康保険団体連合会から求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告します。

⑧ 事業者は、苦情がサービスの質の向上を図るうえでの重要な情報であることの認識を持ち、苦情内容を踏まえ、より質の高いサービス提供に向けた取り組みを自ら行います。

指定通所介護、指定第１号通所事業の提供開始にあたり、利用者に対して重要事項、個人情報の取扱いを説明しました。

説明日　　年　　月　　日

事業者　　株式会社両備ヘルシーケア
代表者　　代表取締役　辰巳　弘光
事業所　　両備ヘルシーケア高松デイサービス
所在地　　香川県高松市浜ノ町５３番３８号
管理者　　美馬　綾子

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

重要事項、個人情報の取扱いについての説明を受け、その内容に同意します。

同意日　　年　　月　　日

利用者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族又は代理人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿