

重要事項説明書

(指定介護予防通所介護相当サービス)

当事業者が提供する指定介護予防通所介護相当サービスについて、事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、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例の一部を改正する条例（平成27年3月20日大津市条例第59号）による改正前の大津市介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成25年3月22日大津市条例第16号）」、「大津市介護予防通所介護相当サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに介護予防通所介護サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める要綱」の規定に基づき、指定介護予防通所介護サービス・介護予防通所介護相当サービスの提供に関して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定介護予防通所介護相当サービスを提供する事業者について

| | |
|-----------------------|---|
| 事業者名称 | 株式会社フィルマ・コンサルテ |
| 代表者氏名 | 代表取締役 大高 健太郎 |
| 本社所在地 (連絡先及び電話番号等) | 滋賀県大津市大江1丁目3番15号 (電話・fax 077-548-8530) |
| 法人設立年月日 | 平成28年2月24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 | コンサルテ リハビリデイ |
| 介護保険指定 事業所番号 | 大津市指定 2570104493 |
| 事業所所在地 | 滋賀県大津市大江1丁目3番15号 |
| 連絡先 相談担当者名 | 電話・fax 077-548-8530 管理者 植木 怜 |
| 事業所の通常の 事業の実施地域 | 大津市のうち瀬田地域包括支援センター担当地域、瀬田第二包括支援センター担当地域、膳所地域包括支援センター担当地域、晴嵐地域包括支援センター担当地域、南地域包括支援センター担当地域 |
| 利用定員 | 1単位目 30人 2単位目 30人 |

(2) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 事業所の生活相談員及び介護職員、機能訓練指導員、看護職員等が、要支援状態の利用者に対し、適切な介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とする。 |
| 運営の方針 | 指定介護予防通所介護相当サービスの提供にあたって、要支援状態の利用者に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、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、要支援者の心身機能の回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。 |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|------|---------------------------|
| 営業日 | 月曜日～金曜日（ただし、12/30～1/3を除く） |
| 営業時間 | 8時30分～17時30分 |

(4) サービス提供時間

| | |
|----------|---------------------------------------|
| サービス提供日 | 月曜日～金曜日（ただし、12/30～1/3を除く） |
| サービス提供時間 | 9時00分～12時15分（1単位目）13時30分～16時45分（2単位目） |

(5) 事業所の職員体制

| | |
|-----|------|
| 管理者 | 植木 怜 |
|-----|------|

| 職 | 職務内容 | 人員数 |
|---------|--|-----------------------------|
| 管理者 | <ol style="list-style-type: none">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。 | 常勤 (専従/兼務) 1名 |
| 生活相談員 | <ol style="list-style-type: none">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、介護予防通所介護相当サービス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。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介護予防通所介護相当サービス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 利用者へ介護予防通所介護相当サービス計画を交付します。5 指定介護予防通所介護・介護予防通所介護相当サービスの実施状況の把握及び介護予防通所介護相当サービス計画の変更を行います。 | 常勤（非常勤） 専従/兼務 1名以上 |
| 介護職員 | 介護予防通所介護相当サービス計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。 | 常勤（非常勤） 専従/兼務 4名以上 |
| 機能訓練指導員 | 介護予防通所介護相当サービス計画に基づき、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（非常勤） 専従1名以上 兼務1名以上 |
| 看護職員 | 介護予防通所介護相当サービス計画に基づき、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、健康管理・機能訓練を行います。 | 常勤（非常勤） 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 |
|----------------------|--------------|--|
| 介護予防通所介護相当サービス計画の作成等 | | <ol style="list-style-type: none"> 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相当サービス計画を作成します。 2 介護予防通所介護相当サービス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 介護予防通所介護相当サービス計画の内容について、利用者の同意を得たときは、介護予防通所介護相当サービス計画を利用者に交付します 4 介護予防通所介護相当サービス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相当サービス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相当サービス計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。 5 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相当サービス計画の変更を行います。 |
| 利用者居宅への送迎 | | <p>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。</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。</p> |
| 日常生活上の世話 | 排せつ介助 | 介助が必要な利用者に対して、排せつの介助、おむつ交換を行います。 |
| | 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。 |
| | 生活相談 | 利用者の生活相談を行います。 |
| | 健康チェック | 利用者の健康チェックを行います。 |
| 機能訓練（運動器機能向上） | 日常生活動作を通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、排せつなどの日常生活動作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。 |
| 口腔機能訓練 | 口腔機能向上 | 口腔機能の低下又はその恐れのある利用者に対し、口腔機能改善のための計画を策定し、これに基づく適切なサービスを提供します。 |
| 栄養改善サービス | 栄養アセスメント | 管理栄養士と共同で低栄養状態のリスクを把握、利用者又は家族に説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供を行います。 |

| | | |
|---------|-------------|---|
| | 栄養改善 | 栄養アセスメントの結果により必要相当とされる場合、当該利用者または家族に対して説明を行ったうえで、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養ケア計画を作成し、栄養ケアを実施します。 |
| 一体的サービス | 一体的サービス提供加算 | 運動機能向上サービスに加えて、口腔機能向上サービスおよび栄養改善サービスを一体的に実施し、要支援者等の心身機能の改善を高め介護予防・自立支援につなげるため各専門の職種が相互に連携を図りサービスを提供を行います。 |

(2) 従業者の禁止行為

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
- 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う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 利用者の禁止行為

- ① 飲食物等の持ち込み、利用者間の物品の受け渡し
- ② 提供時間内の外部との物の受け渡し（健康上必要な場合はこの限りではありません）
- ③ 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- ④ パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
- ⑤ サービス利用中に職員の写真や動画の撮影、録音等を行う、また無断で SNS 等に掲載すること

※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、サービス中止や契約を解除することもあります

(4) 提供するサービスの利用料、利用者負担額について

<保険給付対象の地域単価／大津市 10.45 円>

| サービス提供区分 | | 通所型独自サービス 21 (事業対象者・要支援 1 の方で一月の中で 4 回までのサービスを行った場合) | | 通所型独自サービス 22 (要支援 2 の方で一月の中で 8 回までのサービスを行った場合) | |
|------------|----------|---|------------------|---|------------------|
| | | 利用料 | 利用者負担額 (1 割分) | 利用料 | 利用者負担額 (1 割分) |
| 通常の場合 | 基本 | 4,556 円/回 | 456 円/回 | 4,671 円/回 | 468 円/回 |
| 規定回数を超えた場合 | サービス提供区分 | 通所型独自サービス 11 (事業対象者・要支援 1 の方で一月の中で 5 回目のサービスを行った場合) | | 通所型独自サービス 12 (要支援 2 の方で一月の中で 9 回以上のサービスを行った場合) | |
| | 基本 | 18,789 円/月 | 1,879 円/月 | 37,839 円/月 | 3,784 円/月 |

上記記載は 1 割負担額であり、一定の所得のある方（介護保険負担割合証に記載の負担割

合が2割または3割の方)は負担割合が2割または3割になります。いずれの場合も利用者の負担割合は『介護保険負担割合証』に記載された割合となります。

| 加 算 | 要支援度 による区 分 | 利用料 | 利用者 負担額 (1割分) | 算 定 回 数 |
|--------------------|-------------------|--------|---------------------|---------|
| ※1 口腔機能向上加算(Ⅱ) | なし | 1,672円 | 168円 | 1月に1回 |
| ※2 栄養アセスメント加算 | なし | 522円 | 53円 | 1月に1回 |
| ※3 一体的サービス提供加算 | なし | 5,016円 | 502円 | 1月に1回 |
| ※4 栄養改善加算 | なし | 2090円 | 209円 | 1月に1回 |
| ※5 科学的介護推進加算 | なし | 418円 | 42円 | 1月に1回 |
| ※6 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 支援1 | 825円 | 83円 | 1月に1回 |
| ※6 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 支援2 | 1504円 | 151円 | 1月に1回 |
| ※7 介護職員処遇改善加算Ⅱ | 利用料合計の9% | | | |

- ※1. 口腔機能向上を目的とし口腔機能改善管理指導計画に基づいてサービスを行ない、その情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定。
- ※2. 管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント(利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下この注において同じ。)を行った場合に算定。
- ※3. 運動機能向上サービスに加えて、口腔機能向上サービスおよび栄養改善サービスを一体的に実施し、要支援者等の心身機能の改善を高め介護予防・自立支援につなげるため各専門の職種が相互に連携を図りサービスを提供する場合に算定。
- ※4. 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応した場合に算定。
- ※5. 利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況や心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスを適切かつ有効に提供するため必要な情報を活用している場合に算定。
- ※6. 介護福祉士の割合が50%以上の場合に算定。
- ※7. 介護職員処遇改善加算：介護職員の賃金改善に要する費用
- ※ (利用料について、保険料滞納等により法定代理受領とならない場合)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、「領収証」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。
- ※ 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の利用料及び利用者負担額は70/100となります。

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、送迎に要する費用はいただきません。 |
| ② おやつ代 | 100円（1回あたり） |
| ③ おむつ代 | 100円（1枚あたり） |
| ④ 日常生活費 | 通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用については実費をいただきます。 |

5 利用料、利用者負担額、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、その他の費用の請求方法等 | <p>ア 利用料、利用者負担額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>上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者(家族)に手渡し致します。</p> |
| ② 利用料、利用者負担額、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、請求月の末日（自動振替をご利用の場合は27日までに事業者の口座にお支払い頂きます。）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、領収証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。（医療費控除の申告の際に必要となることがあります。）</p> |

※ 利用料、利用者負担額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) 利用者が要支援認定・事業対象者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、介護予防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、要支援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ます。
- (3) 利用者に係る介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防通所介護相当サービス計画」を作成します。なお、作成した「介護予防通所介護相当サービス計画」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「介護予防通所介護相当サービス計画」に基づいて行ないます。なお、「介護予防通所介護相当サービス計画」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) 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います。

7 人権擁護・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) 人権擁護・虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|----------------------|----------|
| 人権擁護・虐待防止に関する 責任者 | 管理者 植木 怜 |
|----------------------|----------|

- (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 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 | <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ます。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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> |
| ② 個人情報の保護について | <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ぬ。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ぬ。</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ます。</p> |

9 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。

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防通所介護相当サービス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、利用者に係る介護予防支援事業者（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）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介護予防通所介護相当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。

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 | 三井住友海上火災保険株式会社 |
| 保険名 | まごころワイド |
| 保障の概要 | 介護保険 居宅サービス及び介護予防サービス事業 |

11 心身の状況の把握

指定介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては、介護予防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。

12 介護予防支援事業者等との連携

- ① 介護予防通所介護相当サービスの提供に当り、介護予防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、介護予防サービス計画に基づき作成する「介護予防通所介護相当サービス計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者へ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予防支援事業者へ送付します。

13 サービス提供の記録

介護予防通所介護相当サービスの実施ごとに、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完了の日から2年間保存します。

14 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：（管理者 植木 怜）
- 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 5月、11月）
- ④ 非常災害時等の際にその事業を継続することができるよう、他の社会福祉施設と連携し、協力することができる体制を構築するように努めます。

15 衛生管理等

- ① 指定介護予防通所介護相当サービスの用に供する施設、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 指定介護予防通所介護相当サービス事業所において感染症が発生及び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。

16 暴力団排除

- ① 事業所を運営する法人の役員及び事業所の管理者その他の従業者は、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。次項において同じ。）ではありません。
- ② 事業所はその運営について、暴力団員の支配を受けません。

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相当サービス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

- 1 利用者からの相談又は苦情に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置。
 - ・相談及び苦情に関する常設の窓口（連絡先）、担当者を設置している。
 - ・相談及び苦情の内容について、「相談苦情対応シート」を作成している。
 - ・担当者が不在の場合、誰もが対応可能なようにするとともに、確実に担当者に引き継ぐ体制を敷いている。
- 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
 - ・苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。
 - ・管理者は、介護職員等に事実関係の確認を行う。
 - ・相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、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は連絡する。）

○ その他参考事項

- ・事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等の関係機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。
- ・同様の苦情がおこらないよう、苦情処理の内容を記録・保管し、従業者へ周知徹底するとともに、再発防止に努め、サービスの質の向上を目指す。

(2) 苦情申立の窓口

| | |
|---------------------------------------|---|
| 【事業者の窓口】 コンサルテ リハビリデイ | 所在地 滋賀県大津市大江1丁目3番15号 電話・ファックス番号 077-548-8530 担当者 植木 怜 受付時間 8時30分～17時30分 |
| 【市町村（保険者）の窓口】 大津市役所 健康保険部 介護保険課 | 所在地 滋賀県大津市御陵町3-1 電話番号 077-528-27537ファックス番号 077-526-8382 受付時間 9時00分～17時00分 |
| 【公的団体の窓口】 滋賀県国民健康保険団体連合会 | 所在地 滋賀県大津市中央4丁目5番9号 電話番号 077-10-6605 ファックス番号 077-510-6606 受付時間 9時00分～17時00分 |

18 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

| | |
|---------|---|
| 実施状況の有無 | 無 |
|---------|---|

19 サービス利用に当たっての留意事項

- ・利用者は指定介護予防通所介護相当サービスの提供を受ける際には、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を通所介護従業者に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意する。

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 | 令和6年 月 日 |
|-----------------|----------|

上記内容について、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のため効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例の一部を改正する条例（平成27年3月20日大津市条例第59号）による改正前の大津市介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成25年3月22日大津市条例第16号）」規定に基づき、利用者に説明を行いました。

| | | | |
|-----|-------|------------------|---|
| 事業者 | 所在地 | 滋賀県大津市大江1丁目3番15号 | |
| | 法人名 | 株式会社フィルマ・コンサルテ | |
| | 代表者名 | 代表取締役 大高 健太郎 | 印 |
| | 事業所名 | コンサルテ リハビリデイ | |
| | 説明者氏名 | | 印 |

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 | 印 |

| | | |
|-------|--------|---|
| 署名代行者 | 本人との関係 | |
| | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

上記内容を本人の代わりに説明を受け、同意しました。

| | | |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |