

デイサービス花結び
契約書別紙兼重要事項説明書
(令和 8 年 8 月 1 日現在)

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	有限会社 中里会
主たる事務所の所在地	〒376-0013 群馬県桐生市広沢町 2 丁目 3400
代表者（職名・氏名）	代表取締役 中里 康子
設立年月日	平成 5 年 5 月 1 8 日
電話番号	0 2 7 7 - 5 3 - 5 5 5 1

2. ご利用事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

ご利用事業所の名称	デイサービス花結び	
サービスの種類	地域密着型通所介護	
事業所の所在地	〒376-0041 群馬県桐生市川内町 3 丁目 393 番地 4	
電話番号	0 2 7 7 - 4 6 - 8 7 0 1	
指定年月日・事業所番号	令和 6 年 5 月 1 日指定	1090300540
実施単位・利用定員	1 単位	定員 16 人
通常の事業の実施地域	桐生市	

(2) 事業の目的と運営の方針

事業の目的	有限会社中里会が開設するデイサービス花結び（以下「事業所」という。）が行う指定地域密着型通所介護の事業（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、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員（以下「生活相談員等」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定地域密着型通所介護を提供することを目的とします。
運営の方針	指定地域密着型通所介護の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身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ります。 2 事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(3) 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス 提供時間	午前9時15分から午後4時45分まで 延長時間は、午後4時45分から午後5時15分までとします。

(4) 事業所の職員体制

管理者の氏名	中里 智明
--------	-------

従業者の職種	職務内容	勤務の形態・人数
管理者	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、その他業務の管理を行います。	常勤 1人 (生活相談員と兼務)
生活相談員	ご利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営む事ができるよう、生活指導及び介護に関する相談及び援助などを行います。	常勤 2人(内1人管理者、内1人介護職員と兼務)、 非常勤 0人
看護職員	サービス提供の前後及び提供中のご利用者様の心身の状況等の把握を行います。また、ご利用者の病状が急変した場合等に、主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	常勤 0人、 非常勤 1人(機能訓練指導員と兼務)
介護職員	地域密着型通所介護計画に基づき、必要な日常生活の世話及び介護を行います。	常勤 1人(内1人生活相談員と兼務)、非常勤 3人
機能訓練指導員	地域密着型通所介護計画に基づき、ご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事ができるよう、機能訓練を行います。	常勤 0人、 非常勤 1人(看護職員と兼務)

(5) サービス提供の責任者

サービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員（生活相談員）の氏名	中里 智明 大久保あゆみ
管理責任者（管理者）の氏名	中里 智明

3. 提供するサービスの内容

(1) 提供するサービスの内容について

地域密着型通所介護は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていたき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

(2) 地域密着型通所介護従業者の禁止行為

地域密着型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ご利用者又はご家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ご利用者又はご家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（ご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その他ご利用者又はご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

4. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 通所介護の利用料

【基本部分：桐生市地域密着型通所介護】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	地域密着型通所介護費			
		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 ※(注2)参照		
			1割負担	2割負担	3割負担
3時間以上 4時間未満	要介護1	4,160円	416円	832円	1,248円
	要介護2	4,780円	478円	956円	1,434円
	要介護3	5,400円	540円	1,080円	1,620円
	要介護4	6,000円	600円	1,200円	1,800円
	要介護5	6,630円	663円	1,326円	1,989円
4時間以上 5時間未満	要介護1	4,360円	436円	872円	1,308円
	要介護2	5,010円	501円	1,002円	1,503円
	要介護3	5,660円	566円	1,132円	1,698円
	要介護4	6,290円	629円	1,258円	1,887円
	要介護5	6,950円	695円	1,390円	2,085円
5時間以上 6時間未満	要介護1	6,570円	657円	1,314円	1,971円
	要介護2	7,760円	776円	1,552円	2,328円
	要介護3	8,960円	896円	1,792円	2,688円

	要介護 4	10,130 円	1,013 円	2,026 円	3,039 円
	要介護 5	11,340 円	1,134 円	2,268 円	3,402 円
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	6,780 円	678 円	1,356 円	2,034 円
	要介護 2	8,010 円	801 円	1,602 円	2,403 円
	要介護 3	9,250 円	925 円	1,850 円	2,775 円
	要介護 4	10,490 円	1,049 円	2,098 円	3,147 円
	要介護 5	11,720 円	1,172 円	2,344 円	3,516 円
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	7,530 円	753 円	1,506 円	2,259 円
	要介護 2	8,900 円	890 円	1,780 円	2,670 円
	要介護 3	10,320 円	1,032 円	2,064 円	3,096 円
	要介護 4	11,720 円	1,172 円	2,344 円	3,516 円
	要介護 5	13,120 円	1,312 円	2,624 円	3,936 円
8 時間以上 9 時間未満	要介護 1	7,830 円	783 円	1,566 円	2,349 円
	要介護 2	9,250 円	925 円	1,850 円	2,775 円
	要介護 3	10,720 円	1,072 円	2,144 円	3,216 円
	要介護 4	12,200 円	1,220 円	2,440 円	3,660 円
	要介護 5	13,650 円	1,365 円	2,730 円	4,095 円

(注 1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注 2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(2) 加算料金

【加算】

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。

①算定基準に適合したサービスの実施による加算

※地域区分別 1 単位当たりの単価 10.00 円（その他の級地）

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本 利用料	利用者負担金		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算Ⅰ	利用者の入浴介助を行った場合（1 日につき）	400 円	40 円	80 円	120 円
個別機能訓練加算Ⅰイ	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合（1 日につき）	560 円	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算Ⅰロ	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合（1 日につき）	760 円	76 円	152 円	228 円

生活機能向上連携加算Ⅰ	通所介護事業の職員とリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをする場合（1月につき）	1,000 円	100 円	200 円	300 円
A D L 維持等加算Ⅰ	一定期間内の当該事業所利用者の A D L（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合（1月につき）	300 円	30 円	60 円	90 円
A D L 維持等加算Ⅱ	加算Ⅰを算定できる期間において A D L 値の測定等行った場合（1月につき）	600 円	60 円	120 円	180 円
通所介護認知症加算	当該加算の体制・人材要件を満たし、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の割合が 15% 以上の場合（1日につき）	600 円	60 円	120 円	180 円
栄養改善加算	低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に、管理栄養士が低栄養状態の改善等を目的に栄養食事相談等の栄養管理を行った場合（3月以内の期間に限り1月に2回を限度）	2,000 円	200 円	400 円	600 円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	①利用開始及び利用中6ヵ月ごとに口腔の健康状態について確認し、ケアマネジャーに情報を提供した場合 ②栄養状態 ①・②いずれも適合すること（1日につき）	200 円	20 円	40 円	60 円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	Ⅰの①又は②に適合した場合（1日につき）	50 円	5 円	10 円	15 円
口腔機能向上加算Ⅰ	該当の利用者に看護職員等が口腔機能の向上を目的に個別的に口腔清掃の指導若しくは実施をした場合、又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施をした場合（3月以内の期間に限り1月に2回を限度）	1,500 円	150 円	300 円	450 円

②算定基準に適合していると県に届け出ている加算

※地域区分別 1 単位当たりの単価 10.00 円（その他の級地）

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額
介護職員等処遇改善 加算Ⅱロ	介護職員等の処遇改善のため、 月額賃金要件、キャリアパス要件Ⅰ～Ⅳ、職場環境等要件、生産性向上や協働化に係る取組を実施、見える化要件を満たす場合	所定単位数の 125/1000 加算 (1 月につき)	

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額			
		基本 利用料	利用者負担金		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
事業所と同一建物に 居住する利用者への サービス提供減算	当該減算の要件に該 当した場合（1 日につ き）	▲940 円	▲94 円	▲188 円	▲282 円
送迎を行わない場合 の減算	利用者に対して、そ の居宅と指定通所介 護事業所との間の送 迎を行わない場合 (片道につき)	▲470 円	▲47 円	▲94 円	▲141 円
高齢者虐待防止未実 施減算	事業所において指定 居宅サービス基準第 37 条の 2（指定居宅 サービス等基準第 39 条の 3 において準用 する場合を含む）に 規定する措置を講じ ていない場合	所定単位数の 1%減算			
業務継続計画未策定 減算	感染症若しくは災害 のいずれか又は両方 の業務継続計画が策 定されていない場合	所定単位数の 1%減算			

(3) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、昼食 1 回につき 610 円、おやつ 1 回につき 80 円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1 枚につき 110 円の実費をいただきます。 パットの提供を受けた場合は、1 枚につき 60 円の実費をいただきます。
洗濯	利用者様の衣類等の洗濯を事業所にて行った場合は、1 回につき 300 円の実費をいただきます。
健康管理連絡ノート	サービス利用に伴う健康管理のため、希望する方に 1 冊 120 円にて健康管理連絡ノートを購入していただきます。
交通費	通常の実施地域を超えて行う送迎の交通費は、通常事業の実施地域を超えた地点から居宅まで 1 キロあたり 18 円とする。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

(4) キャンセル料

サービスの利用を中止した場合には、次のとおりキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の家族の様態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。

利用予定日の 2 日前	無料
利用予定日の前日・当日	1 回 1,000 円

体調や様態の急変などによりサービスを提供できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

(5) 支払い方法

ア 請求月の 25 日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。

- ・現金払い
- ・事業者が指定する口座への振り込み
- ・口座振替

イ お支払いが確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管してください。
(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)

5. 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所へお知らせください。
- (2) 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、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「地域密着型通所介護計画」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いたします。

- (3)サービス提供は「地域密着型通所介護計画」に基づいて行います。なお、「地域密着型通所介護計画」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。
- (4)介護職員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、利用者等の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

6. 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)虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止に関する担当者	管理者兼生活相談員・中里 智明
-------------	-----------------

- (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、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (3)虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4)従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (5)サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

7. 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。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、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者等の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1)切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、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。
- (2)非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (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れば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

8. 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	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。
------------------------	---

	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。
個人情報の保護について	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。 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。（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。）

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

【協力医療機関】	医療機関名 所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間 診療科	
【主治医】	医療機関名 氏名 所在地 電話番号	
【家族等緊急連絡先】	氏名 電話番号 携帯電話 勤務先	続柄

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び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、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、速やかに損害賠償をします。

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保
保険名：介護保険・社会福祉事業者総合保険

11. 心身の状況の把握

指定地域密着型通所介護の提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議を通して、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. 居宅介護支援事業者等の連携

- (1)指定地域密着型通所介護の提供にあたり、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、この重要事項説明書に基づき作成する「地域密着型通所介護計画書」の写しを、利用者の同意を得たうえ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また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。

13. サービス提供の記録

- (1)指定地域密着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および複写物の交付を請求することができます。

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：（生活相談員・大久保あゆみ）
- (2)非常再ギア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 3月・9月）
- (4)(3)の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

15. 衛生管理等

- (1)指定地域密着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)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。
- (3)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、次に掲げる措置を講じます。
 - ①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か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ②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整備しています。
 - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

16. 業務継続計画の策定等

- (1)感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護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)従業者に対し、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に実施します。
- (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。

17. 地域との連携等

- (1)事業所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の地域との交流に努めます。
- (2)当事業所の行う指定地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質を確保す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、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、概ね6ヵ月に1回以上（春・秋）開催します。
- (4)事業所は、運営推進会議において活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。
- (5)事業所は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。

18. 指定地域密着型通所介護サービス内容の見積もりについて

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。

(1) 提供予定の指定地域密着型通所介護の内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	提供時間帯	サービス内容			介護保険適用の有無	利用料	利用者負担額
		送迎	食事提供	入浴			
1 週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額						円	円

(2) その他の費用

② キャンセル料	重要事項説明書 4-(4)記載のとおりです。
③ 食事の提供に要する費用	重要事項説明書 4-(3)記載のとおりです。
④ おむつ代	重要事項説明書 4-(3)記載のとおりです。
⑤ 健康管理ノート	重要事項説明書 4-(3)記載のとおりです。

(3) 1 か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	
----------	--

※ 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。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から 1 月以内とします。

19. 苦情相談窓口

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定地域密着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に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. 当事業所に苦情があった場合

担当者は責任者とともに事実関係の確認・調査を行う。担当の生活相談員からも事情を確認する。

担当者が必要であると判断した場合には管理者を含め検討会議を行う。

当日中に苦情申立人に電話をして訪問のアポを取り、訪問先で検討の結果（事実の報告と今後の改善策・対応方法）を報告し、お詫びする。

担当者は、再発防止を全従業員に呼びかけるとともに、受付から対応方法、その後の状況までの全過程を報告書に記録する。

2. 自らが居宅サービス計画に位置づけた居宅事業者のサービスに苦情があった場合は直ちに担当の生活相談員が相手側に連絡をとり直接伺うなどして詳しい内容を聞く、利用者の希望を最大限に尊重し介護計画を作成し直す。

(2)苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 デイサービス花結び 担当者：生活相談員 大久保あゆみ	電話番号 0 2 7 7 - 4 6 - 8 7 0 1 受付日 月曜日から金曜日 受付時間 8 時 30 分から 17 時 30 分 面接場所 当事業所の相談室
【市町村（保険者）の窓口】 桐生市役所 長寿介護課 介護給付係	所在地 桐生市織姫町 1 番 1 号 電話番号 0 2 7 7 - 4 6 - 1 1 1 1 受付時間 8 時 30 分から 17 時 15 分
【公共団体の窓口】 群馬県国民健康保険団体連合会	所在地 群馬県前橋市元総社町 335-8 電話番号 0 2 7 - 2 9 0 - 1 3 2 3 受付時間 9 時 00 分から 17 時 00 分まで （12 時から 13 時は除く）
【公共団体の窓口】 福祉サービス運営適正化委員会	所在地 群馬県前橋市前橋町 13-12 （県社会福祉協議会内） 電話番号（受付専用） 0 2 7 - 2 5 5 - 6 6 6 9 受付時間 9 時 00 分から 17 時 00 分まで （12 時から 13 時を除く）

20. 第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生労働省令第 37 号）」第 8 条の規定に基づき、利用者は事業者から、重要事項の内容について説明を受けたことを証するため、本書 2 通作成し利用者及び事業所双方が署名（記名）押印の上、各 1 通保有する。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、指定地域密着型通所介護重要事項説明書を交付し、上記のとおり重要事項を説明し、利用者から同意を受けました。

事業者	所在地	群馬県桐生市広沢町 2 丁目 3400 番地		
	事業者（法人）名	有限会社 中里会		
	代表者職・氏名	代表取締役	中里康子	印
	説明者職・氏名			印

私は、事業者より指定地域密着型通所介護重要事項説明書を交付され、上記の重要事項について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住所	
	氏名	印

署名代行者（又は法定代理人）	
住所	
本人との続柄	
氏名	印