

「介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護重要事項説明書」

(令和 8 年 6 月 1 日現在)

1 法人の概要

名 称	一般財団法人 宇治市福祉サービス公社
所 在 地	京都府宇治市宇治琵琶 1-3
代 表 者	栢木 利和
電 話 番 号	0774-28-3150
設 立 年 月	平成 9 年 3 月 25 日

2 事業所の概要

名 称	一般財団法人宇治市福祉サービス公社西小倉デイサービスセンター		
所 在 地	京都府宇治市小倉町山際 63-1		
事業者番号	京都府 2671200083 号	【認知症対応型通所介護】 平成 12 年 4 月 1 日指定	
電話番号/FAX/E-mail	 0774-22-3207	FAX 0774-22-4094	E-mail nishi-day@poppo.or.jp
管理者氏名	乾 真子		
事業の目的	一般財団法人宇治市福祉サービス公社が開設する、一般財団法人宇治市福祉サービス公社西小倉デイサービスセンター（以下「センター」という。）の適正な運営を定め、センターの従業員が、要介護状態又は要支援状態にある要介護者（要支援者）（以下「利用者」という。）に対し、適正な介護予防認知症対応型通所介護及び認知症対応型通所介護（以下「サービス」という。）を提供することを目的とします。		
基 本 方 針	センターは、認知症をお持ちの被保険者が要介護状態又は要支援状態又は事業対象者となった場合、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、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、利用者の社会的孤立感の解消、心身機能の維持及び利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。		
運 営 方 針	1 センターが提供するサービスは、介護保険法並びに関係する厚生省令第 37 号、「介護保険法に基づく指定居宅サービスの事業の人員等の基準等に関する条例」（平成 24 年京都府条例第 27 号）に定める内容、及び「宇治市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成 25 年 1 月 30 日 宇治市条例第 15 号）等に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。		
	2 センターは、利用者の意思を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家庭のニーズを的確に捉え、個別の認知症対応型通所介護計画書（以下個別計画という）又は通所介護計画（以下「介護計画」という。）を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。		
	3 利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明します。		
	4 適切な介護技術をもってサービスを提供します。		
	5 提供したサービスの質の管理、評価を定期的に行います。		

	6 地域との結びつきを重視し、市町村等の保険者、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者並びに地域住民等との密接な連携に努めます。	
サービスの種別と対象	☐ 介護予防認知症対応型通所介護 …宇治市に住民票がある、要支援 1・2 の方	
	☐ 認知症対応型通所介護 …宇治市に住民票がある、要介護 1～5 の方	
運営事業の実施地域	宇治市内（小倉町、伊勢田町、安田町。尚、その他の地域については、申込者と相談のうえ決定とする。）	
その他の併設サービス	通所介護	平成 12 年 4 月 1 日指定
	通所介護相当サービス	平成 30 年 4 月 1 日指定
	居宅介護支援	平成 12 年 4 月 1 日指定
	介護予防支援	平成 18 年 4 月 1 日指定

3 職員の配置状況及び職務内容

職員の区分	員数	職務内容
管理者	1 名	管理者はセンターを代表し、業務の総括の任にあたります。
生活相談員 ※介護職員兼務	サービス提供時間を通じて、 1 名以上	生活相談員は、利用者及びその家族の相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所内の調整、居宅介護支援事業者等、他の機関との連携を図ります。
看護職員 ※機能訓練指導員兼務	1 名以上	看護職員は、健康チェック等を行うことにより利用者の健康状態を的確に把握するとともに、保健衛生上の指導や看護を行います。
機能訓練指導員	1 名以上	機能訓練指導員は、利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために必要な機能訓練等を行います。
介護職員	常勤換算で、 1 名以上	介護職員は、利用者の心身の状況等を的確に把握するとともに、利用者に対し必要な介助を行います。

4 事業所の設備等

利 用 定 員	10 名 ※ただし、災害その他やむを得ない事情がある場合はこの限りではない
食堂兼機能訓練室	30.23 m ²
浴室の種類	一般浴槽・個別浴槽・特殊浴槽
静 養 室	1 か所
相 談 室	1 か所（他の事業と併用する）
送 迎 車	リフト車 2 台、ワゴン車 2 台、軽リフト車 2 台

5 営業日及び営業時間

営業日及び営業時間	月曜日～土曜日（祝祭日含む）8時30分～17時00分
サービス提供時間	9時20分～16時40分※

※利用者個々の送迎時間により、上記サービス時間の中で7時間以上の滞在時間となります。

6 休業日

通常の休業日	日曜日
特別休業日	12月31日から翌年1月3日まで
	警報発令時や施設の修繕工事等で臨時での休業がある場合があります。

7 サービスの利用方法

(1) サービス利用についての一連の手順とその内容

①サービス提供依頼 (居宅介護支援事業所・地域包括支援センター)	サービス利用に向けて、利用者の基本的な情報を提供していただきます。
↓	
②心身の状況等の把握・サービス担当者会議・課題整理	サービス提供にあたり、様々な関係者の意見を踏まえ、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をします。
↓	
③ケアマネジャーからの居宅サービス計画書等（以下ケアプランという）の提示	ケアマネジャーからの居宅サービス計画等（以下ケアプランという）の、サービス提供内容を確認します。
↓	
④重要事項説明及び契約書の説明・同意・交付	重要事項説明書を用いてサービスの内容を説明し同意を得た上で契約書を交付します。（個人情報の利用についても書面で同意を得ます）
↓	
⑤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計画書（計画書）の作成	居宅サービス計画（介護予防サービス計画）を踏まえ、生活状況や医療・介護状況等を整理し、サービス内容を記した計画書を作成します。
↓	
⑥サービスの実施	サービス実施毎に、サービス利用状況の概要を記載したサービス明細（連絡帳）を発行します。利用者又はその家族のご確認をお願いすることになります。
↓	
⑦定期的な見直しと評価	毎月、サービスの実施状況や目標の達成状況进行评估し、ケアマネジャーに報告します。
↓	
⑧サービス内容の変更	サービス内容の変更や追加を希望される場合は、職員にご相談ください。

★②に戻ります。

(2) サービスの終了

①利用者の解約権 (利用者のご都合でサービスを終了する場合)	●利用者は、事業者に対して 7 日以上の予告期間において文書で通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が 7 日以内の通知でもこの契約を解約することができます。 ●利用者は、契約当事者に次の 1) から 4) の事情があった場合には、文書で連絡をすることにより、直ちに契約を終了することができます。 1) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合 2) 事業者が守秘義務に反した場合 3) 事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合 4) 事業者が倒産した場合
②事業者の解約権 (事業者の都合でサービスを終了する場合)	●事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対し 1 ヶ月以上の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、以下の 1) ～ 2) の例の場合、この契約を解約することができます。 1) 3 ヶ月にわたってサービスの提供がない場合 (入院もしくは病気、一時的な転居) 2) 利用者が利用料の支払いを 3 ヶ月以上滞納し、その後、契約当事者が利用料を支払うよう催告したにもかかわらず、利用者が 20 日以内に支払をしない場合 ●事業者は、利用者又はその家族が事業者や従業員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどのカスタマーハラスメントを行った場合には、文書で通知することにより直ちにこの契約を解約することができます。
契約の終了 6) ～ 8) は自動終了します。	1) 利用者から契約を更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合 (契約書第 2 条第 2 項 (契約期間)) 2) 利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合 (契約書第 8 条第 1 項 (利用者の解約権)) 3) 利用者から解約の意思表示がなされた場合 (契約書第 6 条第 2 項 (利用料等の変更) 又は第 8 条第 2 項 (利用者の解約権)) 4) 事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合 (契約書第 9 条第 1 項 (事業者の解約権)) 5) 事業者から解約の意思表示がなされた場合 (契約書第 7 条第 3 項 (利用料の滞納) 又は第 9 条第 2 項 (事業者の解約権)) 6) 利用者が介護保険施設へ入所した場合 7) 利用者の要介護状態区分及び要支援・事業対象区分が非該当 (自立) となった場合 8) 利用者が死亡した場合

8 介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護サービスの内容

(1) 介護予防認知症対応型通所介護サービス又は認知症対応型通所介護サービス

入浴サービス	ご希望により、入浴を行います。また身体状況に合わせて個別浴槽及び特殊浴槽を使用して入浴することができます。
給食サービス	当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供することができます。 (食事時間) 12 時 00 分から 13 時 00 分まで
相談・援助等の生活指導	利用者の日常生活における困りごとの相談や介護の相談をお受けし、助言や指導を行います。
日常生活動作訓練（機能訓練）・レクリエーション	個別の心身の状態に応じた運動やアクティビティ（季節感や楽しみを盛り込んだレクリエーションや創作活動等）の機能訓練を実施します。
健康チェック	看護職員が中心となり、健康チェック等を行うことによりお客様の健康状態を的確に把握するとともに、保健衛生上の指導や看護を行います。
送迎	ご自宅まで送迎することができ、車椅子が必要な方は、身体状況に合わせ、リフト付車輛でも送迎することができます。
その他必要なサービス	利用者に応じた介護（排泄や食事介助等）を行います。

9 介護保険サービス利用料

(1) 通所介護サービス費

①基本部分	要介護区分	単位数 (1 回につき)	1 割負担分(円) /回	2 割負担分(円) /回	3 割負担分(円) /回
3 時間以上 4 時間未満	要支援 1	475	491	982	1,472
	要支援 2	526	544	1,087	1,630
	要介護 1	543	561	1,122	1,683
	要介護 2	597	617	1,234	1,851
	要介護 3	653	675	1,349	2,024
	要介護 4	708	732	1,463	2,194
	要介護 5	762	788	1,575	2,362
4 時間以上 5 時間未満	要支援 1	497	514	1,027	1,541
	要支援 2	551	570	1,139	1,708
	要介護 1	569	588	1,176	1,764
	要介護 2	626	647	1,294	1,940
	要介護 3	684	707	1,413	2,120
	要介護 4	741	766	1,531	2,297
	要介護 5	799	826	1,651	2,476
5 時間以上 6 時間未満	要支援 1	741	766	1,531	2,297
	要支援 2	828	856	1,711	2,566

	要介護 1	858	887	1,773	2,659
	要介護 2	950	982	1,963	2,944
	要介護 3	1,040	1,075	2,149	3,223
	要介護 4	1,132	1,170	2,339	3,508
	要介護 5	1,225	1,266	2,531	3,797
6 時間以上 7 時間未満	要支援 1	760	785	1,570	2,355
	要支援 2	851	879	1,758	2,637
	要介護 1	880	909	1,818	2,727
	要介護 2	974	1,007	2,013	3,019
	要介護 3	1,066	1,102	2,203	3,304
	要介護 4	1,161	1,200	2,399	3,598
	要介護 5	1,256	1,298	2,595	3,893
7 時間以上 8 時間未満	要支援 1	861	890	1,779	2,669
	要支援 2	961	993	1,986	2,979
	要介護 1	994	1,027	2,054	3,081
	要介護 2	1,102	1,139	2,277	3,415
	要介護 3	1,210	1,250	2,500	3,750
	要介護 4	1,319	1,363	2,725	4,088
	要介護 5	1,427	1,474	2,948	4,422
②各種加算/減算	単位数 (1 回につき)	1 割負担分 (円) / 回		2 割負担分 (円) / 回	3 割負担分 (円) / 回
★入浴介助加算 I	40	42		83	124
サービス提供体制強化加算 I	22	23		46	69
★若年性認知症利用者受入加算	60	62		124	186
科学的介護推進体制加算	40	42		83	124
送迎減算 ※事業者が送迎を行わない場合に減算されます	－47 (片道)	－49 (片道)		－97 (片道)	－146 (片道)
介護職員等処遇改善加算 (I 口) 加算率：23.6%	(① 基本部分 単 位 + ② 各 種 加 算 合 計 単 位) × 236/1000	(① + ②) × 236/1000		(① + ②) × 236/1000	(① + ②) × 236/1000

★は該当する場合のみ

地域区分 (6 級地)	10.33
-------------	-------

利用料（保険適用）

円／回

介護保険適用外

円／回

(2) 償還払いの場合

☆法定代理受領サービスに該当しないサービスを受けた場合（利用者がまだ要介護認定を受けていない場合）には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻し（償還払い）されます。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

(3) 介護保険外サービス利用料

種 類	内 容	利用料
昼食代	サービス利用時に 1 2 時頃より昼食を提供します。	1 食当たり 800 円
喫茶代	昼食後に、ご希望の方にはコーヒーや紅茶などの喫茶を提供しております。	1 杯 70 円
理美容代	ご希望の方に、毎月決められた期間に美容師がカットを行っております。 ※指定された期日までにお申し込みが必要です。	カット代 2,350 円
複写物の交付（コピー費用）	サービス実施記録等の複写（コピー）を希望される場合、複写費用を頂きます。	1 枚につき 10 円
その他日常生活費	前項に掲げるものの他、通常必要と認められる経費で、利用者が負担することが適当と認められる費用	適宜必要な費用

※上記の内、利用者負担減額制度の要件を満たされる場合は、介護サービスの自己負担分や昼食代が減額されます。

(4) キャンセル料

○キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

利用日の前日午後 5 時までに申し出があった場合	無料
利用日の前日午後 5 時までに申し出がなかった場合	800 円（昼食代相当分）

※利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

※台風や大雪等天候不順によりサービスを中止する場合は、キャンセル料は発生しません。

(5) 利用料の支払方法

○利用料金は、1 か月ごとに計算し請求しますので、毎月 20 日に次の方法でお支払い下さい。（1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

★【ゆうちょ銀行自動振込】（所定の用紙にて申込が必要です）

(6) 利用の中止、変更等

○サービスの利用者を中止・変更のご連絡は利用日前日の午後 5 時までにお願いします。なお、サービスの変更または追加内容によっては、担当のケアマネジャーとの調整が必要な場合もあります。

すので、あらかじめ申出ください。

10 サービスの利用に関する留意事項

(1) 介護保険被保険者証等の提示及び確認について	サービス利用の際には、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証を提示ください。また、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証に記載された内容（被保険者資格、要介護・要支援認定の有無及び要介護認定等の有効期間、利用者負担割合）を確認します。また、被保険者の住所・介護保険負担割合証に変更があった場合は、速やかに当センターにお知らせください。
(2) センターの設備や器具の使用について	センター内の設備や器具は本来の用法や職員の指示に従って利用してください。これに反した利用により破損等が生じた場合には、必要に応じて修理費用等の請求をさせて頂く場合があります。
(3) 喫煙の場所について	センター施設内は全館禁煙となっております。喫煙は事業所で決められた場所で行い、それ以外では喫煙しないでください。
(4) 迷惑行為の禁止について	他の利用者の迷惑になる行為は行わないでください。 ※契約の終了となる場合があります。(契約書第12条4項)
(5) 貴重品や飲食物等の持込みについて	貴重品（金銭や貴金属類）や飲食物等のお持ち込みは、お控え下さい。ただし、介護上、特段に必要な飲食物に関しては、その限りではありません。
(6) 執拗な宗教活動及び政治活動の禁止について	センター内での、他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はお控えいただきますようお願いいたします。
(7) サービス実施記録の確認	サービス終了後、当日のサービス内容を記載した記録に確認のサインか押印を行っていただきますようお願いいたします。
(8) 要介護認定等の申請等に係る援助	サービスの提供の開始に際し、要介護認定等を受けていない利用申込者については、要介護認定等の申請が既に行われているか否かを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意向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うものとします。
(9) ペットの管理について	送迎時にご自宅内のペット（犬や猫など）の管理についてはお客様が責任をもってケージや別部屋に入れていただくか、つなぐなど介助に支障を来さないようにご協力をお願いします。
(10) 生活相談員、介護職員等の禁止事項	生活相談員、介護職員等は、契約に対するサービスの提供に当って、以下に該当する行為は行いません。 ①お客様やご家族に対する宗教行為、政治活動、営利活動、その他迷惑行為 ②お客様、ご家族と従業員の間で私的にSNS（ソーシャルネットワークサービス）の電子媒体を介した登録（友達登録）及び個別的なメール（LINE、Facebook、X等）のやりとりをする行為 ③お客様、ご家族と従業員の間で私的な関係により連絡や訪問する行為

(11) 事業者の同意なしでのサービス提供時の撮影等について	サービス提供時（送迎、訪問時含む）の従業員の言動・行為について、事業者の同意なしに録音や撮影することは控えていただきますようお願いいたします。また、それらを外部に流出しないようお願いいたします。
--------------------------------	---

11 秘密保持及び個人情報の取り扱いについて

(1) 秘密保持（契約書より）

1	センター、センターの従業員そのほか事業にたずさわる者は、センターの個人情報保護規程に基づき、利用者にサービスを提供するときに知ることのできた利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。
2	事業者は、文書により利用者及びその家族の同意を得たうえで、サービス担当者会議やその他必要最低限の範囲内で、利用者及びその家族の個人情報を用いることができますものとしします。また、非常災害等（地震・風水害、建物被害等・新型コロナウイルス感染症等）に伴い通常の業務の遂行に著しく支障をきたす際に業務継続、維持を図るために職員に在宅での勤務を命じた場合、事業者の規定に基づく必要最低限の範囲内で個人情報を用いる事ができるものとしします。 ※その他とは「個人情報保護に関する基本方針・個人情報の利用目的」に定めるとおりです。
3	センターは、センターの従業員そのほか事業にたずさわっていた者が、在職中に知ることのできた利用者及びその家族に関する秘密を、退職後も第三者に漏らさないよう、必要な措置を取ります。

(2) 個人情報の取り扱いについて（契約書より）

センターが利用者から収集した利用者の個人情報の開示の申し出がある場合は、センターの個人情報保護規程に基づき対応します。開示を希望する場合は、個人情報保護相談窓口（管理者）までお問い合わせください。

当センターご利用相談室 （苦情相談窓口・個人情報保護相談窓口）	相談時間	毎週月曜日～土曜日 8:30～17:00 （日曜日・年末年始を除く）	
	電話・FAX	 0774-22-3207	FAX0774-22-4094
	窓口	一般財団法人宇治市福祉サービス公社 西小倉デイサービスセンター 担当者 乾 真子（管理者）	

12 事故・急変時等の対応について

サービスの提供中に体調・容態の変化や事故等があった場合は、主治医・救急隊・ご家族等へ連絡します。また、事業者の責任において事故が発生したときはその損害を賠償します。なお、必要に応じて宇治市やケアマネジャーに報告します。

13 非常災害対策について

サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。また非常災害時に備えて、年2回以上の避難訓練を地域住民の参加が得られるよう連携に努めて実施いたします。

14 感染症対策について

感染症の発生及びまん延しないように、次の措置を講じます。

(1) 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の定期的な開催、及びその結果について従業員に周知します。

(2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

(3) 従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に行います。

15 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、ま

た非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

2 センターは、従業員に対し、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実施します。

16 虐待防止及び権利擁護の体制について

事業者は虐待及び身体拘束のような人権を無視した行為は致しません。併せて人権を擁護に努めるための以下の体制を整えます。

(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 職名：管理者 氏名 乾 真子

(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) 従業員に対する虐待防止・身体拘束等の禁止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会及び身体拘束等適正化のための対策を検討する委員会等の設置等を実施しています。

17 地域との連携について

センターはその事業の運営に当たっては、地域福祉活動との交流（世代間交流や自治会行事等）やセンターが所在する区域を管轄する地域包括支援センター等との連携及び協力を図ります。また年2回以上、利用者、家族、地域住民の代表者（町内会役員、民生委員等）、宇治市、地域包括支援センター等で構成する運営推進会議を開催し、介護サービスの活動を報告し、必要な要望や助言等を聞く機会を設けることにより、地域に開かれたセンターとすることで介護サービスの質等を確保するように努めます。

18 その他運営に関する重要事項

センターは従業員に対して、年間の計画を立て、介護技術等の研修と合わせて、利用者の人権の擁護、身体拘束の禁止及び虐待の防止のための研修、感染症対策研修、感染症及び災害に係る業務継続計画の研修及び訓練等を設けます。

センターは、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するため、方針の明確化等の必要な措置を講じます。

19 相談・苦情の窓口

苦情・要望の申し出がし易いよう、契約時に利用者の権利として苦情申し立てができる旨の説明と、苦情対応窓口及び第三者窓口についての説明を行います。

相談・苦情対応手順	①苦情を受け付けた従業員は、その内容をしっかりと傾聴し、申し出の内容についてできるだけ具体的に聴き取りを行います。そしてその内容を所定の苦情報告書に記載し、管理者に報告します。
	②管理者は申し出を受けた従業員に対して事実関係の確認を行い、利用者への再度の聴き取り等を経て誠実に対応し、今後の対応や改善方法を検討いたします。
	③申し出のあった利用者に対して、今後の対応をご説明いたします。しかし、その対応に納得いただけない場合には改善方法を再検討する等の対応に努めます。

(1) 当事業所の窓口

当センターご利用相談室 (苦情相談窓口・個人情報 保護相談窓口)	相談時間	毎週月曜日～土曜日 8:30～17:00 (日曜日・年末年始を除く)	
	電話・FAX	 0774-22-3207	FAX0774-22-4094
	窓口	一般財団法人宇治市福祉サービス公社 西小倉デイサービス センター 担当者 乾 真子 (管理者)	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

宇治市介護保険課	所在地	〒611-8501 宇治市宇治琵琶 33
	電話	0774-22-3141
	FAX	0774-21-0406
	受付時間	8:30～17:00 (土日祝・年末年始は除く)
京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課・介護相談係	所在地	〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下ル水 銀屋町 620 COCON 烏丸 内
	電話	075-354-9090
	FAX	075-354-9055
	受付時間	9:00～12:00 13:00～17:00 (土日祝は除く)

(3) 第三者苦情窓口

第三者苦情窓口	山花 啓伸	〒611-0014 宇治市明星町二丁目 6 番地の 102
		電話 090-1583-7150
	高田 智恵子	〒611-0024 宇治市琵琶台三丁目 4 番地の 4
		電話 090-6919-5294

第三者委員の連絡先はそれぞれ第三者委員の自宅のため、連絡いただく時間帯等ご配慮いただきますようお願い致します。

20 介護・福祉サービス第三者評価受診状況について

「第三者評価」はサービス事業者の組織運営及びサービス提供内容について、その透明性を高め、サービスの質の向上・改善に寄与することを主な目的としています。

第三者評価実施状況の有無；有	実施した直近の年月日；令和4年10月24日
評価機関；京都府介護福祉士会	評価結果の開示；当社ホームページからリンクしています。 (http://www.poppo.or.jp/daisansyahyouka.html)

21 緊急時の連絡先と主治医連絡先

サービス提供時に利用者の体調不良等の事態が生じた際、ご連絡を取らせていただく先をあらかじめお伺いいたします。

緊急時の連絡先 1	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			
	携帯番号			
緊急時の連絡先 2	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			
	携帯番号			
主治医連絡先	病院名			
	医師名			
	住所			
	電話番号			

救急搬送が必要な場合、搬送先の希望がありましたら予めお伺いいたします。

救急搬送先	病院名	
-------	-----	--

※救急搬送先については、病院の都合で希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

説明・交付年月日 令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて事業者の説明を受け、介護予防認知症対応型通所介護及び認知症対応型通所介護の提供の開始並びに個人情報の取り扱いを含むこの内容に同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

同意・交付年月日 令和 年 月 日

私は、本人に代わり、本人の意思を確認の上、上記署名を行いました。

代理人 (成年後見人等)
氏 名