

《重要事項説明書》

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業

社会福祉法人 清徳会

清徳会 ケアセンター

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業 重要事項説明書

〔令和6年6月1日 改正〕

社会福祉法人清徳会の営む清徳会ケアセンター（以下、「事業者」といいます。）が提供する指定介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業通所型サービス（以下、「サービス」といいます。）の提供の開始にあたり、サービス提供に関する法令、事業所所在地自治体の定める条例等の規程に基づき、契約締結に際して、当事業者があなた（以下、「利用者」といいます。）に説明すべき事項は次のとおりです。

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ので、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。

1. 指定通所介護を提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 清徳会
主たる事務所の所在地	東京都目黒区目黒本町4-2-1
代表者役職・氏名	理事長 松井 比呂美
電話番号	03-3794-5577
FAX番号	03-3794-0868

2. 利用者に対してのサービスを実施する事業所について

（1）事業所の名称及び所在地

利用事業所の名称	清徳会ケアセンター
事業所の種類	指定介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業
介護保険指定事業所番号	東京都 1371000538号
所在地	東京都目黒区目黒本町4-2-1
電話番号	03-3794-5662
FAX番号	03-3794-0868
担当・対応時間	管理者 曾根公爾 ・ 8:30～17:30
利用定員	30名
サービス提供地域	目黒区
開設年月日	平成30年4月1日

（2）事業の目的と運営の方針

事業の目的	事業者はサービス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、事業者の使用する者（以下、「従業者」といいます。）である介護福祉士及び介護職員初任者研修修了者（以
-------	--

	下「介護職員」といいます。)が、要支援状態又は事業対象者である高齢者に対し、適正なサービスを提供することで、その能力に応じた自立した生活を地域で営めるよう援助することを目的とします。
運営の方針	利用者の心身の状態を踏まえて、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に利用者の立場に立って援助を行います。 また、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等の援助、その他必要な介助を行うことにより、心身機能の回復を図り、生活機能の維持又は向上を目指します。 事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、利用者の所在する市区町村、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、保健医療サービス、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 営業日及び営業時間

営業日	土曜日・日曜日・12月30日から1月3日を除く・
営業時間	8:30～17:30
サービス提供時間	8:30～17:30 (5h～8h) サービス内容、ご契約者様の状況、送迎等によりご家族、介護支援相談員等と相談のうえサービス時間及び時間数を変更することがあります。

(4) 事業所の職員体制

従業者の職種	職務内容	勤務体制
管理者	従業者及び業務の管理を一元的に行います。	1名
生活相談員	利用者及びその家族の必要な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、各々の利用者に応じたサービス計画の作成、事業所のサービスの調整、指定居宅介護支援事業者、その他の機関との連携において必要な役割を果たします。	1名以上
介護職員	サービスの提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、介護予防通所介護計画に基づいて、生活機能の維持又は向上を目指し必要な日常生活上の介護及び必要な業務を行います。	4名以上
看護職員	サービス提供の前後及び提供中の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、日常生活上の健康管理、介護、その他必要な業務の提供を行います。	1名以上

機能訓練指導員	利用者が、日常生活を営むのに必要な心身機能の低下の防止及び維持回復を図るために 必要な訓練を行います。	1名以上
調理員	利用者の昼食等を調理します。（ニューフロンティアサービス株式会社に委託）	必要数
運転手	利用者の送迎を行います。	必要数
事務職員等	事務職員等は、併設の特別養護老人ホーム事務員が、通所介護従事者の補助的業務及び必要な事務を行います。	必要数

（５）同事業所の設備の概要

設備の種類	室数	設備の種類	室数
食堂兼機能訓練室	1 室（144.71 ㎡）	相談室	1 室
浴室（中間浴槽・機械浴槽）	1 室	事務室	1 室
静養室	1 室	送迎車両	4 台

3. 提供するサービス内容及び利用料

（１）サービス内容

介護予防通所介護計画の作成	① 要支援状態の利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した「介護予防サービス・支援計画」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「介護予防通所介護計画」を作成します。 ② 「介護予防通所介護計画」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 「介護予防通所介護計画」の内容について、利用者の同意を得たときは、「介護予防通所介護計画書」を利用者に交付します。 ④ それぞれの利用者について、「介護予防通所介護計画」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	① 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。 ② 送迎時間はできるだけご希望に沿えるよう調整いたしますのでご相談ください。
健康状態の確認 口腔ケア	① 体温・血圧・脈拍等の測定、一般的な健康状態の観察など、ご利用中の状態確認や、ご家族からのお申し出による確認を行います。 ② 食後の歯磨きやうがいの介助、必要に応じて看護師等が口腔内を確認し、その状況をご家族にお知らせして口腔機能の維持・改善を図ります。
生活相談・指導	利用者が快適に事業所を利用できるよう支援するとともに、安定し

		た日常生活が継続できるように相談やアドバイスを行います。
日常生活上の介護及び介助	食事	① 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、摂食・嚥下機能その他の利用者の身体状況に配慮した適切な食事を提供します。 ② 粥・刻み食等の食事形態、介助器具などご希望がございましたらお申し出ください。 ○昼食 12:00～12:45
日常生活上の介護及び介助	入浴	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、事前に健康観察を行い、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪等を行います。
	服薬介助	① 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。 ② お薬の内容が変更された場合はご連絡をお願いいたします。また、お薬の内容がわかるもの（お薬手帳のコピー等）のご持参をお願いいたします。
	排泄介助	介助が必要な利用者に対して、トイレ誘導や排泄の介助、おむつ交換を行います。
	移乗・移動介助	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。
	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。
機能訓練		利用者の能力に応じて、食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練や個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、機能訓練指導員が個別の「運動機能向上計画」を策定し、これに基づきサービス提供を行います。
レクリエーション及び創作活動等		集団的に行うレクリエーションやDVD・ビデオ鑑賞、歌唱、体操など利用者の能力に応じて行います。また、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）サービス利用にあたっての留意事項

- ① 利用者又はその家族等は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。
- ② 体調不良によるサービスの中止・変更はその都度ご相談ください。
- ③ 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- ④ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ⑤ 従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑥ サービス利用中の医療機関への通院・医師の往診は制度上認められていません。通院が必要な場合は、利用を中止していただくか、利用時間を短縮していただくこととなりますのでご了承ください。

（３）介護予防通所介護従業者の禁止行為

介護予防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、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 利用者又はその家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

- ③ 利用者又はその家族等からの金銭、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 その他利用者又はその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

(4) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用料は料金(料金表)の1割、2割及び3割です。

●予防給付相当サービス(1月あたり)

①基本利用料

サービス名称	算定対象	単位数	1月あたりのご利用料金	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
通所型 独自サービス1	事業対象者 ・要支援1	1,798 単位	19,598 円	1,960 円	3,920 円	5,880 円
通所型 独自サービス／22	要支援2 (週1回程度)	1,811 単位	19,739 円	1,974 円	3,948 円	5,922 円
通所型 独自サービス2	事業対象者 ・要支援2 (週2回以上)	3,621 単位	39,468 円	3,947 円	7,894 円	11,841 円

※自己負担額＝単位数(加算含む)×10.90円(地域加算)の合計額の10%～30%です。

②その他加算及び減算(1月あたり)

加算の種類	算定対象	単位数	1月あたりのご利用料金	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
サービス提供体制 強化加算I1	事業対象者 ・要支援1	88 単位	959 円	96 円	192 円	288 円
サービス提供体制 強化加算I／22	要支援2 (週1回程度)	88 単位	959 円	96 円	192 円	288 円
サービス提供体制 強化加算I2	事業対象者 ・要支援2 (週2回以上)	176 単位	1,918 円	192 円	384 円	576 円
介護職員のうち介護福祉士が70%以上の場合に算定されます。						
通所型独自送迎減算	・事業対象者 ・要支援1 ・要支援2	▲47 単位	▲512 円	▲51 円	▲103 円	▲154 円
利用者に対して送迎を行わない場合、片道につき減額されます。						
介護職員等 処遇改善加算I	総サービス費の9.20%が加算されます。					

●区独自基準サービス(1月あたり)

①基本利用料

サービス名称	算定対象	単位数	1月あたりのご利用料金	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
通所型 区独自基準 1	事業対象者 ・要支援 1	1,501 単位	16,360 円	1,636 円	3,272 円	4,908 円
通所型 区独自基準 3	要支援 2 (週 1 回程度)	1,509 単位	16,448 円	1,645 円	3,290 円	4,935 円
通所型 区独自基準 2	事業対象者・要支援 2(週 2 回を超える 程度のサービス が必要な場合)	3,017 単位	32,885 円	3,289 円	6,577 円	9,866 円

※自己負担額＝単位数（加算含む）×10.90 円（地域加算）の合計額の 10%～30%です。

②その他加算及び減算(1月あたり)

加算の種類	算定対象	単位数	1月あたりのご利用料金	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
サービス提供体制 強化加算 I	サービス 1・3	88 単位	959 円	96 円	192 円	288 円
サービス提供体制 強化加算 I 2	サービス 2	176 単位	1,918 円	192 円	384 円	576 円
介護職員のうち介護福祉士が 70%以上の場合に算定されます。						
通所型独自送迎減算	・事業対象者 ・要支援 1 ・要支援 2	▲47 単位	▲512 円	▲51 円	▲103 円	▲154 円
利用者に対して送迎を行わない場合、片道につき減額されます。						
介護職員等 処遇改善加算 I	区独自基準 1・3	単位	円	円	円	円
	区独自基準 2	単位	円	円	円	円

- * 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、介護予防サービス・支援計画及び介護予防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、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、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、「介護予防サービス・支援計画」の変更の援助を行うとともに「介護予防通所介護計画」の見直しを行いません。
- * 介護職員等処遇改善加算とは…介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行った場合に算定されます。また、同加算は区分支給限度額算定対象外です。
- * 虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年 1 回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記金額の 99/100 となります。
- * 業務継続に向けての取り組みとして、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未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合、上記金額の 99/100 となります。

- * 利用者に対して送迎を行わない場合は、片道につき利用料が 512 円（自己負担額 1 割負担の場合—約 52 円）減額されます。
- * （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、利用者負担額を除いた居宅介護サービス費の支給申請を行ってください。
- * 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なります。

（５）その他費用について

①食費（昼食代）	1 食につき	700 円
②レクリエーション費用・行事費用		実費

（６）キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡ください。

【 連絡先 ： 03-3794-5662 】

1. ご利用日の前日の営業時間 8：30～17：30 までにご連絡いただいた場合	無料
2. ○ご利用日当日にご連絡いただいた場合 ○ご連絡がなかった場合	700 円 (昼食代)

（７）支払方法

料金が発生する場合、利用料及びその他の費用の額は月ごとの合計金額により請求いたします。利用の翌月中旬までに前月分の請求書をお届け(もしくは郵送)いたしますので、利用翌月 27 日までに現金もしくは振込にてお支払をお願いいたします。

4. サービスの提供にあたって

（１）サービスの利用申し込み

まずは、お電話等でお申し込みください。ご利用決定後、契約を締結いたします。

※介護支援専門員に「介護予防サービス・支援計画」の作成を依頼している場合は、事前に当該介護支援専門員とご相談ください。

（２）サービス利用契約の終了

①自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約の終了となります。

(1)利用者が介護保険施設に入所した場合

(2)介護保険給付費でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合（要介護⇔要支援、要介護・要支援⇔事業対象者の場合に限り、利用日等の内容を有効にしたまま、契約条件を変更して再度契約することができます。）

(3)利用者が死亡された場合

② その他

利用者が、サービス利用料金の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、利用者やその家族などが当事業所や当事業所の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、又は、やむを得ない事情により事業所を閉鎖もしくは縮小する場合は、30日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことができます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

(3) 要支援認定を受けている場合は、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にお知らせください。

(4) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「介護予防サービス・支援計画」に基づき、利用者及びその家族の意向を踏まえて、通所型サービスの目標、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「介護予防通所介護計画」を作成します。なお、作成した「介護予防通所介護計画」は、利用者又はその家族に内容の説明を行い、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いします。

(5) サービス提供は「介護予防通所介護計画」に基づいて行います。なお、「介護予防通所介護計画」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。

(6) 介護予防通所介護従業者等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業所が行います。実際の提供に当たっては、利用者等の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

5. 虐待防止について

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ます。

虐待防止に関する担当者	管理者・曾根公爾
-------------	----------

(2) 虐待の防止のための指針を整備します。

(3) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

(4) 従業員に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的の実施します。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（現に擁護している家族・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。

6. 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。また、この記録は、2年間保存が義務づけられています。

【緊急やむを得ない理由とは…】

①切迫性	直ちに身体拘束を行わなければ、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に限る。
②非代替性	身体拘束以外に、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を防止することができない場合に限る。
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った場合は、直ちに身体拘束を解くこと。

また事業者として、次に掲げるとおり必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

(1) 身体的拘束等の適正化に関する担当者を選定します。

身体的拘束等の適正化に関する担当者	中村 憲明
-------------------	-------

(2) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、その結果について、従業員へ周知徹底を図ります。

(3) 身体的拘束等の適正化に関する指針を整備します。

(4) 従業員に対して、身体的拘束等の適正化を啓発・普及するための研修を定期的の実施します。

7. 衛生管理等について

指定通所介護の用に供する施設、食器その他送迎車両を含む設備又は飲用に供する水等について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

(1) 感染症の予防及びまん延の防止に関する担当者を選定します。

感染対策に関する担当者	澤口 航也
-------------	-------

(2) 指定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等の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

(4) 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ひと月に1回程度開催し、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

(5) 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ます。

(6) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

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、利用者又はその家族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 事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者又は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。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。 ③ 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、利用者又は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ご利用者の負担となります。）

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。

【 緊急連絡先 】

	氏 名	続 柄	住 所	電話番号
①				
②				
③				

【 医療機関 緊急連絡先 】

	医 療 機 関 名	診療科目	医師名	電話番号
①				
②				

1 0. 事故発生時の対応方法

サービス提供時に事故が発生した場合は、市区町村、利用者のご家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。

また、利用者に対する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、所定の手続きを行い、速やかに賠償します。

1 1. 心身の状況の把握

サービスの提供に当たっては、地域包括支援センター及び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。

1 2. 地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者等との連携

(1) 通所型サービスの提供に当たり、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者、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「介護予防通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者等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地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者に送付します。

1 3. サービス提供の記録

(1) 通所型サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また、利用者の確認を受けた後は、

その控えを利用者に交付します。

(2) 通所型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、その記録はその完結の日から5年間保存します。

(3) 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。

1 4. 非常災害対策

- ・防災設備 … 消防法に適合した設備です。
- ・消防訓練 … 年2回実施しています。
- ・地域との協力 … 月光町会と協力体制をとっています。

1 5. 業務継続計画（BCP）の策定等

(1) 感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的開催するなどの措置を講じます。

(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。

1 6. ハラスメント対策の強化

適切な通所介護サービスを提供するために、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つて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、通所介護従業者等の就業環境が侵さることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

1 7. サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ・提供したサービスに係るご不明な点や疑問、苦情がございましたら、下記に記す【事業所窓口】の担当者までご相談ください。
- ・苦情又は相談があった場合は、ご利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じご自宅への訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行います。
- ・管理者は事実関係の確認を行います。
- ・事業者に関する苦情である場合には、利用者の立場を考慮しながら、事業者側の責任者に事実関係の確認等を慎重に行います。
- ・相談担当者は、把握した状況について検討を行い、時下の対応を検討します。
- ・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共に、利用者への対応方法を含めた結果報告を速やかに行います。

(2) 苦情申立の窓口

【事業所窓口】	＊清徳会ケアセンター 担 当： 管 理 者 梅田修平 生活相談員 中村信夫・曾根公爾・中村憲明 所 在 地： 東京都目黒区目黒本町４－２－１ 電話番号： ０３－３７９４－５６６２ F A X： ０３－３７９４－０８６８ 受付時間： ８：３０～１７：３０
【都道府県窓口】	＊東京都福祉局高齢者施策推進部介護保険課 所 在 地： 東京都新宿区西新宿２－８－１ 電話番号： ０３－５３２０－４５９７ 受付時間： ９：００～１６：３０（月～金 但し１２月２９日 ～１月３日、土曜日、日曜日、祝日除く）
【市区町村窓口】 （目黒区）	＊目黒区役所介護保険課介護保険管理係 所 在 地： 東京都目黒区上目黒２－１９－１５ 電話番号： ０３－５７２２－９５７４ 受付時間： ８：３０～１７：００（月～金 但し１２月２９日 ～１月３日、土曜日、日曜日、祝日除く） ◆-----◆ ＊目黒区地域包括支援センター 受付時間： ８：３０～１９：００（月～金） ８：３０～１７：００（土曜日） （１２月２９日～１月３日、日曜日、祝日除く） ○北部包括支援センター 電話番号： ０３－５４２８－６８９１ ○東部包括支援センター 電話番号： ０３－５７２４－８０３０ ○中央包括支援センター 電話番号： ０３－５７２４－８０６６ ○南部包括支援センター 電話番号： ０３－５７２４－８０３３ ○西部包括支援センター 電話番号： ０３－５７０１－７２４４ ※お住いの地域の地域包括支援センターへご相談ください
【市区町村窓口】 （目黒区）	＊世田谷区高齢者サービス窓口 受付時間： ８：３０～１７：００（月～金 但し１２月２９日 ～１月３日、土曜日、日曜日、祝日除く） ○世田谷総合支所 電話番号： ０３－５４３２－１１１１ ○北沢総合支所 電話番号： ０３－５４７８－８０００ ○玉川総合支所 電話番号： ０３－３７０２－１１３１

【市区町村窓口】 (世田谷区)	○砧総合支所 電話番号： 03-3482-1321 ○烏山総合支所 電話番号： 03-3326-1202 ※お住いの地域の高齢者サービス窓口へご相談ください ◆-----◆ *あんしんすこやかセンター(地域包括支援センター) 受付時間： 8:30～17:00(月～土) (12月29日～1月3日、日曜日、祝日除く) ※お住いの地域のあんしんすこやかセンター へご相談ください
【市区町村窓口】 (品川区)	*品川区役所福祉部高齢福祉課支援調整係 所在地： 東京都品川区広町2-1-36 本庁舎3階 電話番号： 03-5742-6728 受付時間： 8:30～17:15(月～金 但し12月29日 ◆-----◆ ～1月3日、土曜日、日曜日、祝日除く) *品川区在宅介護支援センター 受付時間： 9:00～19:00(月～土 但し12月29日 ～1月3日、日曜日、祝日除く) ※お住いの地域の在宅介護支援センターへご相談ください
【市区町村窓口】 (大田区)	*大田区役所高齢福祉課高齢者支援担当 所在地： 東京都 電話番号： 03-5744-1250 受付時間： 8:30～17:00(月～金 但し12月29日 ◆-----◆ ～1月3日、土曜日、日曜日、祝日除く) *地域包括センター 受付時間： 8:30～19:00(月～金) 8:30～17:00(土曜日) (但し12月29日～1月3日、日曜日、祝日除く) ※お住いの地域の地域包括センターへご相談ください
【公的団体の窓口】	*東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課介護相談窓口 所在地： 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階 電話番号： 03-6238-0177 受付時間： 9:00～17:00(月～金 但し12月29日 ～1月3日、祝日除く)

令和 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業通所型サービスの提供開始にあたり、上記内容について利用者（又は利用者の家族等）に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明をしました。

【事業者】

事業者名： 社会福祉法人清徳会 清徳会ケアセンター

住所： 東京都目黒区目黒本町4-2-1

代表者名： 理事長 松井 比呂美 印

説明者氏名： _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業通所型サービスについて重要事項の説明を受けました。

【利用者】

住所 _____

氏 名 _____ 印

【署名代行者】

私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

利用者と
の 関 係 _____

署名代行
の 理 由 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

令和 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業通所型サービスの提供開始にあたり、上記内容について利用者（又は利用者の家族等）に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明をしました。

【事業者】

事業者名： 社会福祉法人清徳会 清徳会ケアセンター

住所： 東京都目黒区目黒本町4-2-1

代表者名： 理事長 松井 比呂美 印

説明者氏名： _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業通所型サービスについて重要事項の説明を受けました。

【利用者】

住所 _____

氏 名 _____ 印

【署名代行者】

私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

利用者との関係 _____

署名代行の理由 _____

住所 _____

氏 名 _____ 印