（摂津市）

通所型サービス
重　要　事　項　説　明　書

株式会社　ＭＥＤＩＣＡＬ　ＵＰ
アミスタデイサービス南茨木

重 要 事 項 説 明 書　（通所型サービス）

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている通所型サービスについて、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。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、「摂津市通所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要綱」「摂津市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」の規定に基づきサービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

１　通所型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ＭＥＤＩＣＡＬ ＵＰ
代表者氏名	代表取締役　　札　元　　克　典
本社所在地 （連絡先及び電話番号等）	大阪府東大阪市小阪本町一丁目７番１号２階 （電話 06-6730-8050・ﾌｧｯｸｽ番号 06-6730-8051）
法人設立年月日	平成 20 年 10 月 9 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	アミスタデイサービス南茨木
介護保険指定事業所番号	2774206151
事業所所在地	大阪府茨木市東奈良一丁目 14 番 5 号
連絡先 相談担当者名	電話 050-8893-3343・ﾌｧｯｸｽ番号 072-646-6433 相談担当者　戸田　雄生
事業所の通常の事業の実施地域	摂津市
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	株式会社ＭＥＤＩＣＡＬ ＵＰが設置する、アミスタデイサービス南茨木（以下「事業所」という。）において実施する指定通所型サービス事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び介護職員、機能訓練指導員（以下「通所型サービス従業者」という。）が、要支援状態の利用者に対し、適切な指定通所型サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	指定通所型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・火・水・木・金・土曜日・祝日 （但し、12/30～1/3 を除く）
営　業　時　間	8 時 00 分～17 時 00 分

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月・火・水・木・金・土曜日・祝日 （但し、12/30～1/3 を除く）
サービス提供時間	1 単位目 9 時 00 分～12 時 10 分、2 単位目 13 時 15 分～16 時 25 分

(5) 事業所の職員体制

管理者	戸田　雄生

職	職　務　内　容	人 員 数
管理者	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。 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通所型サービス個別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。利用者へ通所型サービス個別計画を交付します。 4　通所型サービス個別計画に基づくサービスの提供の開始時から、少なくとも１月に１回は、利用者の状態・サービスの提供状況等について、介護予防サービス計画等を作成した介護予防支援事業者等に報告するとともに、当該通所型サービス個別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、当該通所型サービス個別計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、モニタリングの結果を記録します。モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて通所型サービス個別計画の変更を行います。	常勤　1 名
生活相談員	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、通所型サービス個別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。	常勤　2 名
看護師・ 准看護師 （看護職員）	1　サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2　利用者の静養のための必要な措置を行います。 3　利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	非常勤　2 名
介護職員	1　通所型サービス個別計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常勤　　1 名 非常勤　3 名

機能訓練 指導員	1　通所型サービス個別計画に基づき、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　　2名 非常勤　1名

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
通所介護相当サービス個別計画の作成等		1　利用者に係る介護予防支援事業者等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通所型サービス個別計画を作成します。 2　通所型サービス個別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　通所型サービス個別計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所型サービス個別計画書を利用者に交付します 4　必要に応じて通所型サービス個別計画の変更を行います。
利用者居宅への送迎		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。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	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。
	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。
機能訓練	運動器機能向上サービス	利用者の運動器機能の向上を目的として、心身の状態の維持改善のため、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等資格を有する機能訓練指導員を１名以上配置しサービス提供を利用者ごとに行います。
	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操など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。
その他	創作活動など	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。

特別なｻｰﾋﾞｽ（利用者に対するｱｾｽﾒﾝﾄの結果、必要と認められる場合に提供します。）	口腔機能向上 注）1	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から 3 か月以内まで）

注）1　利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

(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（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なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額について（介護保険を適用する場合）

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 通所型独自サービス２１２ 事業対象者・要支援２ 週1回程度の利用が必要な場合				通所型独自サービス１２ 事業対象者・要支援２ 週2回程度の利用が必要な場合			
		利用料	利用者負担額 1 割	2 割	3 割	利用料	利用者負担額 1 割	2 割	3 割
通常の場合	基本	18,789 円 ／月	1,879 円 ／月	3,758 円 ／月	5,637 円 ／月	37,840 円 ／月	3,784 円 ／月	7,568 円 ／月	11,352 円 ／月
日割りとなる場合	基本	617 円/日	62 円/日	124 円/日	186 円/日	1,244 円/日	125 円/日	249 円/日	374 円/日
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 通所型独自サービス２２ 事業対象者・要支援２ （1 月の中で全部で 4 回まで）				通所型独自サービス２３ 事業対象者・要支援２ （1 月の中で全部で 8 回まで）			
		利用料	利用者負担額 1 割	2 割	3 割	利用料	利用者負担額 1 割	2 割	3 割
回数の単位数を使用する場合(1回あたり)		4,557 円/回	456 円/回	912 円/回	1,368 円/回	4,672 円/回	468 円/回	935 円/回	1,402 円/回

※ 月ごとの利用料の場合に、月途中での契約に伴うサービス利用の開始、終了、介護度の変更等によって、日割り又は回数計算となることがあります。
日割り又は回数計算となる場合の例としては、以下のような場合で、（　）内の日をもって日割り又は回数計算を行います。
- 月途中からサービス利用を開始した場合（契約日）
- 月途中でサービス利用を終了した場合（契約解除日）
- 月途中に要介護から要支援に変更になった場合（変更日）
- 月途中に要支援から要介護に変更になった場合（変更日）

※ 同一市町村内で事業所を変更した場合（変更日）　　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通所型サービス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。

※ 当事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者又は同一の建物から通う利用者は、１月につき利用料が週１回程度利用の場合 3,929 円（利用者負担 393 円）、週２回程度利用の

場合 7,858 円（利用者負担 786 円）減額されます。
「同一建物」とは、通所型サービス事業所と構造上又は外形上、一体的な建物をいいます。
※ 送迎を行わない場合は、片道につき、491 円（利用者負担 50 円）減額されます。
※　地域単価 10.45 円（５級地）を含みます。

要支援度による区分なし

加　　算	利用料	利用者負担額 1割	2割	3割	算　定　回　数　等
口腔機能向上加算Ⅱ	1,672 円	168 円	335 円	502 円	1 月につき
介護職員等処遇改加算（Ⅱ）ロ	所定単位数の 11.8%	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）
科学的介護推進体制加算	418 円	42 円	84 円	126 円	1 月つき

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、送迎に要する費用の実費は徴収しません。
②食事の提供に要する費用	弁当　500 円　送料　50 円 運営規程の定めに基づくもの
③おむつ代	100 円（１枚当り）　運営規程の定めに基づくもの
④日常生活費	実費　運営規程の定めに基づくもの

５　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）
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（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ァ 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）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。 ィ 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。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ァ 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、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (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 ィ 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、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。(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。)

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）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等が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン)」等に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所型サービス個別計画」を作成します。なお、作成した「介護予防通所サービス個別計画」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します。

(4) サービス提供は「通所型サービス個別計画」に基づいて行います。なお、「介護予防通所サービス個別計画」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) 当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ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行ないます。

7　虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

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

(2) 虐待の防止のための指針を整備しています。

(3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施しています。

(4) 前３号の措置を適切に実施するための担当者を置いています。

虐待防止に関する責任者	管理者　戸田　雄生

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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) 成年後見制度の利用を支援します。

(7) 苦情解決体制を整備しています。

(8) 介護相談員を受け入れます。

8　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、次に掲げることに留意して、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。

(1) 緊急性‥‥‥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ります。

(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ります。

(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きます。

９　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	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、サービス提供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、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 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。）

10　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。

【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（続柄） 住所 電話番号

11　事故発生時の対応方法について

利用者に対する介護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、利用者に対する通所型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。

【市町村（保険者）の窓口】 摂津市　保健福祉部 高齢介護課	所 在 地 摂津市三島１丁目１番１号 電話番号 06-6383-1379 ﾌｧｯｸｽ番号 06-6383-9031 受付時間 9:00～17:15（土日祝除く）
【介護予防支援事業者連絡先】	事業所名 担当介護支援専門員氏名 所在地 電話番号

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害保険株式会社
保険名	賠償責任保険
保障の概要	介護保険・社会福祉事業者総合保険

12　心身の状況の把握

通所型サービスの提供に当たっては、介護予防支援事業者等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。

13　介護予防支援事業者等との連携

① 通所型サービスの提供に当り、介護予防支援事業者等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、この重要事項説明に基づき作成する「通所型サービス個別計画」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等に送付します。

14　サービス提供の記録

① 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及び複写物の交付を請求することができます。

15　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　大島　健一　）
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　　３月・　９月）

16　衛生管理等

① 通所型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 通所型サービス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。

17　通所型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、あなたの通所型サービス個別計画に沿って、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)　提供予定の通所型サービスの内容と利用料、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（月額）	利用者負担額（月額）
		運動器機能向上	口腔機能向上	送迎	食事提供	入浴				
	～								円	円

(2)　その他の費用

①送迎費の有無	重要事項説明書４－①記載のとおりです。
②食事の提供に要する費用	重要事項説明書４－②記載のとおりです。
③おむつ代	重要事項説明書４－③記載のとおりです。
④日常生活費	重要事項説明書４－④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	円

※ 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か月以内とします。

18　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

ァ 提供した通所型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）

ィ 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）、担当者の設置。

常設窓口：電話　　050-8893-3343

担当者　：管理者　　戸田　雄生

・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】 アミスタデイサービス南茨木	所 在 地 茨木市東奈良一丁目 14 番 6 号 1 階 電話番号 050-8893-3343 ﾌｧｯｸｽ番号 072-646-6433 受付時間 8:00～17：00
【市町村（保険者）の窓口】 摂津市　保健福祉部 高齢介護課	所 在 地 摂津市三島１丁目１番１号 電話番号 06-6383-1379 ﾌｧｯｸｽ番号 06-6383-9031 受付時間 9:00～17:15（土日祝除く）
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所 在 地　大阪市中央区常盤町一丁目 3 番 8 号 中央大通ＦＮビル 電話番号 06-6949-5418 ﾌｧｯｸｽ番号 06-6949-5417 受付時間　9:00～17:00　（土日祝休み）

19　提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

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	年　　月　　日

上記内容について、「摂津市通所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要綱」「摂津市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所　在　地	大阪府東大阪市小阪本町一丁目７番１号２階
	法　人　名	株式会社ＭＥＤＩＣＡＬ　ＵＰ
	代表者名	代表取締役　　札　元　　克　典　　印
	事業所名	アミスタデイサービス南茨木
	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
代理人	住　所	
	氏　名	印