

# 重要事項説明書

社会福祉法人栄和会

## 1. 当法人の概要

法 人 名	社会福祉法人 栄和会
所 在 地	札幌市厚別区厚別南 5 丁目 1-10
連 絡 先	011-896-5010
代 表 者	藤井 和子
設 立	平成 5 年 8 月 5 日

## 2. 当事業所の概要

事 業 所 名	デイサービスセンターあつべつ南 5 丁目
所 在 地	札幌市厚別区厚別南 5 丁目 1-10
電 話 番 号	011-375-0375
F A X 番 号	011-375-1528
開 設 年 月	平成 23 年 11 月 7 日
介護保険事業所番号	0170507412
管 理 者 及 び 連 絡 先	小財 成幸
	011-375-0375
サ ー ビ ス 提 供 地 域	札幌市厚別区全域 札幌市清田区（平岡公園東） 北広島市（虹ヶ丘、西の里北）

## 3. 営業日、営業時間及びサービス提供時間

- (1) 営業日は、月曜日から土曜日までとします（但し、12 月 31 日から 1 月 2 日を除く）。
- (2) 営業時間は、午前 8 時 45 分から午後 5 時 45 分までとします。
- (3) サービス提供時間は、午前 10 時から午後 3 時 45 分までとします。

## 4. 事業所の職員配置

職 種	員 数	職 務 内 容
管 理 者	常 勤 兼 務 1 名	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている遵守すべき事項についての指揮命令を行う。
生 活 相 談 員	常 勤 兼 務 3 名	利用者及びその家族との面接、生活相談、利用の調整などを行う。また、通所介護計画及び介護予防通所介護計画を作成し内容等について説明を行う。
看 護 職 員	常 勤 兼 務 0 名 非常勤兼務 3 名	利用者の健康状態を把握し、健康指導や主治医との連絡調整、家族に対する介護指導などを行う。
介 護 職 員	常 勤 専 従 5 名 常 勤 兼 務 3 名	利用者に対する食事や排泄、入浴の介助、送迎時の運転や付き添い、各種活動の援助などを行う。
介 護 助 手	非常勤専従 0 名	利用者がデイサービスで過ごす時間帯に必要な食事の準備、清掃、活動の準備等を行います
機能訓練指導員	常 勤 専 従 1 名 非常勤兼務 3 名	利用者が日常生活を営むために必要な機能の低下を予防するための指導や訓練、補助を行う。

## ５．利用料金など

（１）札幌市通所型サービスご利用の方がお支払いいただく利用料金などは、次のとおりです。

### ①サービス利用料

区 分	単位 (1回/定額)	利用料：10.14 円 (1回/定額)	利用者負担（目安です）		
			1割の方	2割の方	3割の方
通所型サービス費 1 (事業対象者、支援 1)	436/1798 単位	4422/18232 円	443/1824 円	885/3647 円	1327/5470 円
通所型サービス費 2（支援 2）	447/3621 単位	4532/36717 円	454/3672 円	907/7344 円	1360/11016 円

※通所型サービス費 1 は、月 3 回まで 1 回 436 単位で算定、月 4 回以上は 1798 単位固定の算定になります。

※通所型サービス費 2 は、月 7 回まで 1 回 447 単位で算定、月 8 回以上は 3621 単位固定の算定になります。

サービス提供体制強化加算Ⅰ (事業対象者、支援 1)	88 単位	892 円	89 円	178 円	267 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ (支援 2)	176 単位	1,784 円	178 円	356 円	535 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ (事業対象者、支援 1)	72 単位	730 円	73 円	146 円	219 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ (支援 2)	144 単位	1,460 円	146 円	292 円	438 円
科学的介護推進体制加算	40 単位	405 円	40 円	81 円	121 円

※月固定の定額算定になります。

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	総単位数の 1,000 分の 92 に相当する金額
--------------	---------------------------

### ②その他のサービス利用料

区分	金額	内容
昼食代	650 円	お食事を提供した場合 (当日 9:00 以降のキャンセルの場合は料金が発生します)
おむつ代	100 円	希望により提供した場合 (持参の場合、料金はかかりません)
尿取りパット代	50 円	
リハビリパンツ代	150 円	
レクレーション費	実 費	レクレーション活動にかかる材料費の実費を徴収します
その他、日常生活に おいて必要な費用	実 費	行事活動など費用が発生した際に徴収します
連絡ノート	400 円	利用中の様子などを記入します

(2) 利用料の計算方法

各サービス合計単位数×10.14（地域加算7級地）＝A 端数は切り捨て

A×0.9又は0.8又は0.7＝B （市町村から給付される金額） 端数は切り捨て

A－B＝C （利用者負担額）

(3) 要介護1から要介護5の方がお支払いいただく利用料金などは、次のとおりです。

①サービス利用料

区分		単位	利用料 (1 単位： 10. 14)	利用者負担 (目安です)			内容
				1 割の方	2 割の方	3 割の方	
基 準 額	要介護 1	570 単位	5780 円	583 円	1156 円	1734 円	5 時間以上 6 時 間未満のサービ ス提供 1 回につ いての費用です
	要介護 2	673 単位	6825 円	682 円	1365 円	2048 円	
	要介護 3	777 単位	7879 円	788 円	1576 円	2364 円	
	要介護 4	880 単位	8924 円	893 円	1785 円	2677 円	
	要介護 5	984 単位	9978 円	998 円	1996 円	2994 円	
加 算 額	入浴介助加算Ⅰ	40 単位	405 円	40 円	81 円	121 円	サービスを受け たことにより負 担していただく 金額です
	個別機能訓練加算Ⅰロ	85 単位	861 円	86 円	172 円	258 円	
	個別機能訓練加算Ⅱ (月 1 回の算定)	20 単位	202 円	20 円	40 円	60 円	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位	223 円	22 円	44 円	66 円	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位	182 円	19 円	37 円	54 円	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位	61 円	6 円	12 円	18 円	
	科学的介護推進体制加算	40 単位	405 円	40 円	81 円	121 円	
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	総単位数の 1,000 分の 92 に相当する金額					

※サービス提供時間が「5 時間以上 6 時間未満」より短い場合の基準額については別途ご説明します。

## ②その他のサービス利用料

区分	金額	内容
昼食代	650 円	お食事を提供した場合 (当日 9 : 00 以降のキャンセルの場合は料金が発生します)
おむつ代	100 円	希望により提供した場合 (持参の場合、料金はかかりません)
尿取りパット代	50 円	
リハビリパンツ代	150 円	
レクレーション費	実 費	レクレーション活動にかかる材料費の実費を徴収します
その他、日常生活において必要な費用	実 費	行事活動など費用が発生した際に徴収します
連絡ノート	400 円	利用中の様子などを記入します

### (4) 利用料の計算方法

各サービス合計単位数×10.14（地域加算 7 級地）＝ A 端数は切り捨て

$A \times 0.9$  又は  $0.8$  又は  $0.7 = B$  （介護保険から給付される金額） 端数は切り捨て

$A - B = C$  （利用者負担額）※介護保険料の滞納により、負担割合が 3 割となる場合があります。

### (5) 料金などの支払い

①サービスを利用する場合は、利用料（基準額）の介護保険負担割合証に記載された割合を乗じて得た額を利用者負担としてお支払いいただきます。また、居宅サービス計画書又は、介護予防サービス計画又は、総合事業サービス・支援計画を作成しない場合、介護保険料に滞納があった場合等、利用者が一度全額（10 割の利用料）を事業所に支払い、その後市町村に対して保険給付分を請求し払い戻しを受ける手続きが発生いたします。

②事業者は、昼食等その他のサービスの提供にあたって予め利用者又はその家族に対して当該サービスの内容及び掛かる費用について事前に文章で説明し支払いに同意する旨の文章に記名、押印を受けるものとします。

③利用料金等は、サービス提供毎に計算し利用月毎の合計金額を請求いたします。請求書は、利用明細を添付し利用翌月の 10 日以降にお届けいたします。

お支払方法は、1）利用者指定口座からの口座振替

2）現金でのお支払い

3）当事業所指定口座への振込

の中からお選びいただけます。振込の際の手数料についてはご負担いただきます。お支払いを確認しましたら領収証を発行いたします。

《振込口座》

北洋銀行 すすきの支店 普通口座 口座番号 1022511

デイサービスセンターあつべつ南 5 丁目 管理者 小財 成幸

#### (6) 事業者及び従業者の義務

- ①事業者及び従業者はサービス提供に当たり、利用者の生命、身体、財産の安全や確保に配慮するものとしケアマネジャーが立案した居宅サービス計画又は、介護予防サービス計画又は、総合事業サービス・支援計画にそって通所介護計画書又は、介護予防通所介護計画又は、札幌市通所型サービス計画を作成しサービスを提供いたします。
- ②サービス提供にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し「利用者の立場」に立ったサービスを提供させていただきます。
- ③事業者は、利用者の体調や健康状態から必要と判断した場合には、速やかに主治医や家族への連絡を行うなど必要な措置を講じます。
- ④事業者は、サービス提供内容について記録を作成し契約終了後5年間保管します。

かかりつけ 医療機関	病 院 名	
	主 治 医	
	電話番号	

緊急連絡先	氏名	
	続柄	
	電話番号	

緊急連絡先	氏名	
	続柄	
	電話番号	

#### (7) 利用者の施設利用上の注意義務

- ①当施設は、宗教活動や営利を目的とした勧誘、特定の政治活動、暴力行為や飲酒、ペットの持ち込み、施設敷地内での喫煙、など他の利用者に迷惑をかける行為を禁止しています。
- ②事業所の施設、設備について故意又は重大な過失により汚染、破損、滅失した場合には、原状に復するか相当の代価を支払うものとします。
- ③体温・血圧・脈拍測定の結果、身体状況がいつもと異なる等の異常所見が見られた場合には当日の利用を中止する場合があります。
- ④衛生管理や病状管理の観点から、特別な事情が認められる方以外の飲食物の持ち込みを禁止させていただいております。(敷地内、送迎車内も含みます)

#### (8) (秘密の保持及び個人情報の保護)

- 1 当事業所とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は家族若しくはその代理人等に関する個人情報の利用目的を「個人情報使用に係る同意書」のとおり定め適切に取り扱います。また、正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。
  - ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
  - ② 居宅介護支援事業所（地域包括支援センター【介護予防支援事業所】）等との連携
  - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知

- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体 の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）
- 2 前項に掲げる事項は、利用契約中だけでなく、利用契約終了後も同様の取扱いとします。
- 3 「個人情報使用に係る同意書」に基づき、外部に対して個人情報を利用する場合は、誓約書を交わすなど、秘密保持に関して万全の体制をとることにより、情報の漏えいを防止します。

（9）事故発生時の対応

- ①サービス提供中に事故が発生した場合には、保健医療サービス、ご家族、介護予防支援事業所及び居宅介護支援事業所、市町村等に早急に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事業所に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合には損害を賠償します。但し、利用者又は家族に重大な過失があった場合には、その限りではありません。
- ②当事業所の送迎サービス以外の交通手段で来所、帰宅される場合、来所や帰宅途中の事故につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

6．相談・苦情への対応について

（1）当事業所では、苦情について以下のように対応します。

- ①相談・苦情の受け付けは、苦情受付担当者が対応します。
- ②寄せられた相談・苦情を管理者に報告するとともに利用者宅を訪問するなどして内容や状況の確認、把握に努めます。
- ③管理者を中心に今後の改善策を協議し利用者に説明を行います。
- ④改善策を徹底し再発防止に努めます。
- ⑤相談・苦情を受け付けてから改善策の実施まで記録に残します。

（2）相談・苦情の窓口は次の通りです

- ①当事業所では、相談や苦情に対応するために以下のような体制をとっています。

苦情受付担当者	氏名 小財 成幸
	相談や苦情に対する受付担当者です。
苦情解決責任者	氏名 石崎 剛
	相談や苦情に対する担当責任者です
第三者委員	氏名 林 恭裕 （栄和会監事）
	氏名 奥田 龍人（NPO法人シーズネット 理事長）

- ②事業所の他に法人本部でも相談をお受けします。遠慮なくお申し出ください。

社会福祉法人栄和会 法人本部	所在地 札幌市厚別区厚別南 5 丁目 1-10 電話番号 011-896-5010 営業時間 月曜日から金曜日 9：00～17：30
-------------------	--

③下記の公的機関等においても、相談・苦情の申し出ができます。

札幌市介護保険課	所在地 札幌市中央区北 1 条西 2 丁目 電話番号 011-211-2972 営業時間 月曜日～金曜日 8:45～17:15 (土曜、日曜、祝日、年末年始はお休みです)
札幌市厚別区役所 保健福祉部保健福祉課	所在地 札幌市厚別区厚別中央 1 条 5 丁目 電話番号 011-895-2400 営業時間 月曜日～金曜日 8:45～17:15 (土曜、日曜、祝日、年末年始はお休みです)
札幌市清田区役所 保健福祉部保健福祉課	所在地 札幌市清田区平岡 1 条 1 丁目 2-1 電話番号 011-889-2400 営業時間 月曜日～金曜日 8:45～17:15 (土曜、日曜、祝日、年末年始はお休みです)
北広島市役所 高齢者支援課	所在地 北広島市中央 4 丁目 2-1 電話番号 011-372-3311 営業時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00 (土曜日曜、祝日、年末年始はお休みです)
国民健康保険 団体連合会	所在地 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 電話番号 011-231-5175 受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00 (土曜日曜、祝日、年末年始はお休みです)
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 札幌市中央区北 2 条西 14 丁目 電話番号 011-204-6310 受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00 (土曜日曜、祝日、年末年始はお休みです)

## 7. 第三者評価受審状況

(1) 当事業所は第三者評価を受審しておりません

### 【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所 デイサービスセンターあつべつ南 5 丁目

説明者 \_\_\_\_\_

サービス契約の締結にあたり、重要事項の説明を受け同意します。

利用者 \_\_\_\_\_

署名の代行

私は、上記利用者が契約の内容を理解し契約を締結する意思があることを確認し利用者になり代わり署名を行います。

理由 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_