

社会福祉法人 西平和会
五天山ふくしあ地域密着型通所介護事業所

重 要 事 項 説 明 書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(札幌市指定 第0170404073号)

当事業所は、利用者に対し指定地域密着型通所介護及び総合事業サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、ご契約上ご注意いただきたいことを次のとおりご説明します。

当サービスのご利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1 事業者

事業者（法人）	社会福祉法人 西平和会
所在地	札幌市西区平和 54 番地 3
代表者	理事長 前鼻 守
設立年月日	平成 8 年 3 月 18 日
電話番号	011-667-1133

2 事業所の目的及び概要

(1) 事業所の目的

利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、通所介護サービスを提供します。

(2) 事業所の概要

事業者番号	0170404073
事業所名	五天山ふくしあ地域密着型通所介護事業所
所在地	〒063-0037 札幌市西区西野 7 条 3 丁目 5 番 36 号
管理者	前鼻 守
開設年月日	平成 26 年 8 月 1 日
電話番号	011-668-0030
FAX 番号	011-671-6868
利用定員	12 名
併設事業所	札幌市西区介護予防センター西野 平成 18 年 4 月 1 日受託

3 事業の実施地域及び営業時間

(1) 事業の実施地域 札幌市西区（西野・平和・福井）地域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで
定休日	12月29日～1月3日 ただし、当事業所で指定する日時は上記に関わらず休日とします。
営業時間	午前8時00分～午後4時45分
サービス提供時間	午前8時45分～午後3時00分

4 従業員の配置状況

当事業所では、利用者に対して事業所のサービスを提供するため次の従業員を配置しています。

職種	職務の内容	員数
管理者	業務の一元的な管理	1名
介護職員	介護業務	1名以上
生活相談員	利用者・家族への相談援助、地域との連絡調整	1名以上
看護職員	健康管理・口腔衛生・保健衛生管理	1名以上
機能訓練指導員	機能訓練等の指示・助言	1名以上

5 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して下記のサービスを提供します。

(1) 介護給付の対象となるサービス

次のサービスについては、通常利用料金の9割（～7割）が介護保険から給付されます。

① 入浴

一般浴槽を使用し入浴の介助、又は清拭を行います。

② 排泄

適切な排泄の介助を行うとともに排泄の自立についても適切な援助を行います。オムツ等をご利用の方はご持参ください。

③ 個別機能訓練

個別機能訓練計画書を作成し、利用者の同意のもと心身等の状況に応じて、日常生活を送るうえで必要な機能の回復、減退を予防するため、機能訓練指導員が訓練を実施し、毎回の記録や3ヶ月ごとの評価を行います。

④ 健康管理

緊急時等必要な場合は主治医又は協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。

⑤ 相談及び援助

利用者及びその家族からの如何なる相談についても、誠意を持って対応し、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

⑥ 送迎

希望された場合は送迎を行います。

(2) サービスの利用料金（1回当たり）

利用料金は、別紙「サービス利用料金」をご覧ください。なお、利用者がまだ介護認定を受けていない場合は、いったん全額をお支払いいただきますが、介護認定後自己負担分を除いた費用が直接利用者へ払い戻されます（償還払い）。この場合、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「サービス提供書」を交付します。

(3) 介護給付の対象とならないサービスの費用

- ① 食事に係る費用・レクリエーション材料費・おやつ・通常の事業実施地域以外への送迎費用等は、別紙「サービス利用料金」をご覧ください。
- ② 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。この場合、事前に変更の内容・事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(4) 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活用品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で、利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

オムツ代（フラット型・パット型）	1枚 50円
リハビリパンツ代	1枚 100円

(5) 利用料金等の支払い方法

お支払いいただく費用は、自己負担額と介護保険給付対象外費用の合計額（円以下切捨て）となります。なお、費用の支払いは、1ヶ月毎に清算しご請求しますので、翌月の27日までに利用者又は利用者家族の銀行口座からの自動引き落としによりお支払いをお願いします。

(6) 利用の中止、変更及び追加

- ① 利用予定日の前に、利用者、利用者家族又は利用者の代理人（以下「契約者」という。）の都合により、当事業所のサービスの利用を中止又は変更もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。その場合は、サービスの実施日の前日までに事業者にお申し出ください。
- ② 利用予定日の前日までに事業者にお申し出がなく、当日になって利用中止のお申し出をされた場合、取り消し料として当日の利用料の自己負担相当額をお支払いいただく場合があります。ただし、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。
- ③ サービス利用の変更、追加のお申し出に対して、当事業所の利用状況等により利用者の希望する時期にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日時を利用者及び契約者に提示して協議します。

6 苦情の受付

社会福祉法第82条の規程により、当事業所では利用者及び契約者からの相談（苦情）に適切に対応するための体制を整備しています。

当事業所における相談（苦情）等について、苦情解決責任者・苦情受付担当者・苦情処理解決委員会を設置し、利用者及び契約者からの相談（苦情）に適切に対応しサービスの向上に努めます。

- (1) 苦情は面接、電話、書面等により苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。公衆電話横の投書箱に投函しても結構です。

担当	役職	氏名	電話番号
苦情受付担当者	主任生活相談員	山田 守	011-668-0030
苦情解決責任者	特別養護老人ホーム五天山園 施設長	齋藤 勝次	011-667-1133
第三者委員	評議員	出倉 恵隆	011-662-3895
	評議員	須浪 和弘	011-661-8880
	地域の代表	百石 雅哉	011-663-3885

(2) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を、苦情解決責任者と第三者委員に報告します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は第三者委員の助言や立会いを求めることができます。なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

- ① 第三者委員による苦情内容の確認
- ② 第三者委員による解決案の調整及び助言
- ③ 話し合いの結果や改善事項等の確認

(4) その他の苦情受付機関の紹介

当事業所ではなく、下記の窓口でも苦情の申し立てをすることができます。

機関名・住所	電話番号	FAX 番号
北海道福祉サービス運営適正化委員会 札幌市中央区北 2 条西 7 丁目かでの 2・7	011-204-6310	011-204-6311
北海道国民健康保険団体連合会総務部介護保険課 札幌市中央区北 2 条西 14 丁目国保会館	011-231-5161	011-233-2178
札幌市役所保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課 札幌市中央区北 1 条西 2 丁目	011-211-2972	011-218-5117

7 サービス提供における事業者の義務

- (1) 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- (2) 利用者の体調・健康状態からみて必要な場合には、事業所の看護職員もしくは主治医と連携し、利用者及び契約者等から聴取・確認します。
- (3) 事業者は、利用者に対する事業サービスの提供について記録を作成し、その完結の日から 5 年間保管し、利用者及び契約者の請求に応じてこれを閲覧及び複写物を交付します。
- (4) 事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。
- (5) 利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- (6) 利用者の人権の擁護、虐待の防止のため、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。利用者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

- (7) 利用者へのサービス提供時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な処置を講じます。
- (8) 事業者及び従業者は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者及び契約者等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。また、従業者が、その職を退いた後もその旨を雇用の条件とします。ただし、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。
- (9) 提供するサービスの第三者による評価は実施していません。

8 地域との連携について

地域との連携を図るため、利用者、利用者家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員等で構成される「運営推進会議」を設置し、概ね6ヶ月に1回（年2回）開催します。

9 サービス利用に関する留意事項

当事業所の利用にあたって、サービスを利用されている方々の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

- (1) デイサービスルーム及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- (2) 故意に又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者又は契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- (3) 当事業所の従業者や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません。

10 事故発生時の対応方法

利用者に対する事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ事故の状況及び事故に際してとった処置を記録し保管します。賠償すべき事故の場合には、損害賠償を行います。また、事故防止対策委員会に報告し事故の原因を解明、再発を防ぐための対策を講じます。

11 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任により利用者及び契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。（あいおい損害保険株式会社介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入済）守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、利用者及び契約者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

12 サービス利用をやめる場合（契約の終了）

(1) 契約の終了

契約期間中であっても、下記の事由の場合は当事業所との契約は終了します。

- ① 利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定により利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

(2) 利用者及び契約者からの解約、契約解除の申し出

契約期間中であっても、利用者及び契約者から契約を解約することができます。この場合、契約終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。

下記の場合は、利用者及び契約者が即時に契約を解約、解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 利用者が入院した場合
- ③ 事業者もしくは従業者が正当な理由なく本契約に定める介護サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくは従業者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくは従業者が故意又は過失により利用者及び契約者の身体・財物・信用等を傷つけ又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者が、利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(3) 事業者からの契約解除の申し出

下記の場合は、事業者の申し出により本契約を解除させていただくことがあります。

- ① 利用者及び契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② 利用者及び契約者が、サービス料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ 利用者が、故意又は重大な過失により事業者又は従業者もしくは他の利用者等の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(4) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者は利用者の心身の状況、環境等を勘案し必要な援助を行うよう努めます。

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護及び総合事業サービスの提供の開始にあたり、利用者及び契約者に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<説明者>

所在地	〒063-0037 札幌市西区西野7条3丁目5番36号			
事業所名	五天山ふくしあ地域密着型通所介護事業所			
説明者	役職		氏名	印 (署名又は記名押印)

私は、利用契約書及び本書面により、事業者から指定地域密着型通所介護及び総合事業サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所	〒			
氏名	印 (署名又は記名押印)			

<契約者(利用者家族又は利用者の代理人)>

住所	〒			
氏名	印 (署名又は記名押印)			
電話番号				