

※北斗市介護予防・日常生活支援事業（通所型サービス 基準緩和型サービスA）

社会福祉法人 民生博愛会
T. O. S いきがい 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定通所介護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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 苦情の受付について	5
7. 事故発生時の対応について	5

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 民生博愛会
- (2) 法人所在地 北海道北斗市中央2丁目3番23号
- (3) 電話番号 (0138) 73-5148
- (4) 代表者氏名 理事長 黒萩 裕
- (5) 設立年月 昭和32年 4月12日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所（平成29年 4月1日指定）
01A1500021
- (2) 事業所の目的 在宅の虚弱なお年寄りに対し、各種の通所サービスによって生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上等とともに、その家族の身体的負担を軽減して在宅福祉の向上をはかることを目的とします。
- (3) 事業所の名称 T. O. S いきがい
- (4) 事業所の所在地 北海道北斗市添山472番地1（特別養護老人ホーム清華園内）
- (5) 電話番号 (0138) 74-3100
- (6) 事業所長（管理者） 氏名 木 村 賢 史
- (7) 当事業所の運営方針 家族のような「思いやり」の心を持ち、住み慣れた我家のような雰囲気の中で、心からゆったりとくつろげる「ふれあいケア」を実践していきます
- (8) 開設年月 平成29年 4月 1日
- (9) 利用定員 開催会場により決定いたします。

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 北斗市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ※但し、土曜日・日曜日と12月31日～1月4日は休み
受付時間	月曜日～金曜日 午前10時00分～午後3時30分
サービス提供時間	月曜日～金曜日 午前10時00分～午後3時30分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

< 主 な 職 員 の 配 置 状 況 >

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	当事業所	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1名	1名以上
2. 課 長	1名	
3. 介護職員	4名	1名以上

5. 当事業所が提供するサービス内容

- ①送迎～ご自宅まで送迎します。
- ②食事～管理栄養士監修の季節感のある温かいお弁当を提供いたします。
- ③創作、趣味活動、介護予防体操、軽スポーツ等
- ④生活指導、日常動作訓練等

6. 利用料金

(1) 北斗市介護予防・生活支援サービス利用料金（基準緩和型サービスA）

基 本 料 金	338円／日
事 業 所 敷 地 外 減 算	10円／日
送 迎 加 算	片道 52円／回

※負担割合証の記載により、負担率が変わります。

(2) その他の料金（日常生活総合事業適用外）

※食費 1食あたり 568円 （全額自己負担）

※その他 上記の他、複写物や手芸等にかかる費用は自己負担になります。

(3) キャンセル料

利用者のご都合でサービスの利用を中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の前営業日午後5時までに御連絡いただいた場合	無 料
②ご利用日の当日午前10時までに御連絡いただいた場合	無 料
③ご利用日の当日午前10時までにご連絡が無かった場合	568円

(4) 支払い方法

利用当日に料金を連絡帳の専用袋に入れてお支払いください。領収証を発行いたします。

何らかの理由で差額が発生した場合は、後日精算いたします。

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービス計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※他のサービスで介護予防ケアマネジメントの作成を依頼している場合、事前に担当介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事業により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了30日前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・要介護認定区分が、要介護1～5と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

④その他

以下の場合、即座にサービスを終了することができます。

- ・当事業所が正当な理由がなくサービスを提供しない場合
- ・守秘義務に反した場合
- ・利用者ご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・当事業所が破産した場合
- ・利用者がサービス利用料の支払いを2ヶ月以上遅延し、催告したにもかかわらず1ヵ月以内に支払わない場合
- ・利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
- ・利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたって、サービスの利用ができない状態であることが明らかになった場合
- ・利用者やご家族等が当事業所の職員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

(3) 健康上の理由による場合

①風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りする事があります。

②サービス利用中に、体調が悪い場合は、サービス内容の変更または中止をお願いすることがあります。その場合は、ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の対応をいたします。

(4) 緊急時の対応

サービス提供中に容態の変化等があった場合、救急隊・主治医・親族・担当介護支援専門員等へ連絡をいたします。

8. 非常災害対策

- ・防災時の対応…利用者の避難等、適切な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

- ・サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに親族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・サービス提供中に損害すべき事故が発生した場合は、利用者に対して損害を賠償いたします。

10. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職 名〕 課 長 仙 石 美 佳

〔電話番号〕 0 1 3 8－7 4－3 1 0 0

〔F A X〕 0 1 3 8－7 3－6 9 8 8

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

午前8時30分～午後5時00分

※また、ご意見箱（苦情受付ボックス）を各会場内に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

市町村介護保険相談窓口	所在地 北斗市中央1丁目3番10号 電話番号 (0138) 73-3111 (代表) FAX (0138) 73-1401 受付時間 平日午前9時から午後5時まで
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) 231-5161 FAX (011) 233-2178 受付時間 平日午前9時から午後5時まで

11. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定します。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・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。

12. 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。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、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

- (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します。
- (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します。
- (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。

13. 第三者評価機関による評価実施について

実施しておりません。

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

T. O. Sいきがい

説明者 職 名 課 長
主任介護員

氏名 仙 石 美 佳 印
氏名 黒 田 健 次 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

氏名 _____ 印

代理人 _____ 印