



重要事項説明書

デイサービスセンター白ゆり北 20 条

株式会社メディカルシャトー



Medical Chateau co.ltd.

デイサービスセンター白ゆり北 20 条

重要事項説明書

＜指定通所介護・第 1 号通所事業（国基準通所型サービス）＞

1. 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンター白ゆり北 20 条			
設置運営主体	株式会社メディカルシャトー			
代表者の氏名	代表取締役 佐藤 文彦			
管理者の氏名	管理者 本間 雅孝			
所在地および連絡先	札幌市東区北 20 条東 1 丁目 2 番 31 号 TEL 011-723-1188 FAX 011-723-1189			
事業内容	・ 指定通所介護事業所 ・ 第 1 号通所事業（国基準型通所サービス）			
介護保険事業所番号	0170207898			
開設年月日	平成 28 年 10 月 1 日			
定員	45 名			
営業日	月曜日～土曜日（但し 12 月 31 日～1 月 3 日は除く）			
営業時間	8 時 15 分～17 時 15 分			
サービス提供時間	9 時 20 分～15 時 20 分			
通常の事業実施区域	札幌市東区及び北区、中央区の一部（桑園地区）			
サービスの第三者評価の実施状況	実施の有無	実施した直近の年月日	第三者評価機関名	評価結果の開示状況
	未実施	-	-	-

※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、基本チェックリスト該当者（事業対象者）が対象となります。要介護認定をまだ受けられていない方でも、条件付きとなりますが、サービスの利用は可能です。

2. 事業の目的と運営の方針

施設の目的	ご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、ご利用者に通所介護サービス及び第 1 号通所事業（国基準通所サービス）を提供します。
運営の方針	<p>① 介護保険法の主旨に沿って、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、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。</p> <p>② 常にご利用者の立場に立ってサービスを提供するよう努めます。</p> <p>③ 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的な サービスの提供に努めます。</p>

3. 職員の職種、員数および職務内容

従業者の職種	員数	勤務時間	勤務体制・職務内容
管理者	1名（常勤）	8：15～17：15	通所介護及び第1号通所事業（国基準型通所サービス）の業務を統括します。
生活相談員	1名以上（兼務）	8：15～17：15	ご利用者の生活相談、面接、身上調書並びに利用者処遇の企画及び実施に関することに従事します。また、常に介護支援専門員との連携を図りサービス計画につなげます。
看護職員	2名以上（兼務）	8：15～17：15	ご利用者の診療の補助及び看護並びに保健衛生管理に従事します。 ※サービス提供時間帯に1名の看護師が勤務します。
介護職員	7名以上 （内常勤1名以上）	8：15～17：15	ご利用者の日常生活の介護、援助に従事します。 ※原則、職員1名で利用者15名のお世話を致します。15名以上の場合、利用者が5名増えるごとに1名配置致します。
機能訓練指導員	1名以上（兼務）	8：15～17：15	ご利用者が日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行います。 ※サービス提供時間帯に1名以上の機能訓練指導員が勤務します。

4. サービスの種別と内容

サービス区分と種類		サ　ー　ビ　ス　の　内　容
通所介護計画の作成		ご利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（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介護計画を作成し、交付し同意を得ます。
利用者居宅への送迎		事業所が保有する自動車により、ご利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。
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。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要なご利用者に対して、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	介助が必要なご利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要なご利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要なご利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要なご利用者に対して、配薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作訓練	ご利用者の能力に応じて、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	ご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体操などを通じた訓練を行います。

その他	創作活動など	ご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。
-----	--------	-------------------------------------

5. 利用料(1)介護保険給付※介護保険負担割合証に準じ、所得に応じて1割～3割に区分されます。

要介護度		・事業対象者 ・要支援1		・要支援2	
サービス利用料金		月3回まで	月4回以上	月7回まで	月8回以上
介護保険加算	基本料	436 単位/回	1,798 単位/月	447 単位/回	3,621 単位/月
	科学的介護推進体制加算	40 単位/月			
	口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位/月			
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	72 単位/月		144 単位/月	
上記合計	1割負担の方	718 円/回	2,099 円/月	802 円/回	4,021 円/月
	2割負担の方	1,436 円/回	4,198 円/月	1,604 円/回	8,041 円/月
	3割負担の方	2,154 円/回	6,297 円/月	2,406 円/回	12,062 円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		1ヶ月で使用した介護保険料に9.2%加算			
送迎減算		47 単位減算（片道につき）			

要介護度		＜通常規模通所介護Ⅰ＞				
サービス利用料金		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険加算	基本料	584 単位/回	689 単位/回	796 単位/回	901 単位/回	1,008 単位/回
	入浴介助加算Ⅰ	40 単位/回				
	個別機能訓練加算Ⅰ口	76 単位/回				
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位/回				
上記合計	1割負担の方	728 円/回	835 円/回	943 円/回	1,050 円/回	1,158 円/回
	2割負担の方	1,456 円/回	1,669 円/回	1,886 円/回	2,099 円/回	2,316 円/回
	3割負担の方	2,184 円/回	2,504 円/回	2,829 円/回	3,149 円/回	3,474 円/回
科学的介護推進体制加算		40 単位/月				
口腔機能向上加算Ⅱ		160 単位/月2回まで				
個別機能訓練加算Ⅱ		20 単位/月				
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		1ヶ月で使用した介護保険料に9.2%加算				
送迎減算		47 単位減算（片道）				

※合計額は合計単位数に札幌市が定める10.14円を掛けたものとなります。

(2) 介護保険給付外サービス

食費 660 円/回	食事に関する材料費と光熱水費が含まれます。(おやつ代が含まれます)	紙おむつ <u>実費</u>	紙おむつを使用されている方は、替えのおむつをご持参ください。やむを得ず施設のものを使用した場合には、実費負担となります。 尿取りパット：31 円 パンツ型：103 円
教養娯楽費 <u>実費</u>	ご希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加できます。参加費は無料ですが、材料費等については実費負担となります。	コピー代 <u>実費</u>	写真代：(L サイズ) 1 枚 51 円 コピー代：(B5 ～A3) 1 枚 10 円
		電話代 <u>実費</u>	施設の電話をご使用になる際は電話料金を頂きます。1 分：30 円

* ご利用金額を合算する際に請求金額に 1 ～2 円の誤差が出る場合がございますのでご了承ください。

* ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご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「サービス提供証明書」を交付します。

* 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

* 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、利用金額を変更させて頂くことがあります。その場合は変更する 1 ケ月前までに変更内容及びその事由についてご説明致します。

6. 支払方法

請求書発行翌月 10 日前後に送付	
① <u>口座引落(毎月 20 日前後)</u> 20 日が土日祝日の場合はその翌日 領収書については、翌月 10 日に翌月分請求書と、お支払い頂いた分の領収書を一緒にお渡し致します。	② <u>銀行振込</u> 〈銀行名〉 北洋銀行 東屯田支店 〈口座番号〉 普通 3591069 〈口座名義〉 株式会社メディカルシャトー 〈フリガナ〉：カブシキガイシャメディカルシャトー ※振込手数料はご負担頂きます。

7. 利用の中止・変更・追加について

- ① 利用予定日の前に、ご利用者のご都合によりサービスの中止または変更、あるいは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、サービス実施日の前日までにお申し出ください。
- ② 利用予定日の前日までにお申し出がなく、当日利用中止のお申し出をされた場合は取消料として、下記の料金を頂く場合がございます。但し、やむを得ない事情がある場合にはこの限りではございません。

利用日当日 9:30 までにお申し出の場合	無料
利用日当日 9:30 までにお申し出のない場合	食費 660 円

- ③ サービスの利用の変更・追加の場合、事業所の稼働状況により、ご利用者の希望される日にサービスの提供ができるとは限らない場合がございます。その際は、ご利用可能な日を提示するなど協議させて頂きます。

8. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

持ち物	上履きや上着、タオル、持参薬等にお名前を書いて下さい。衣類や下着などが必要な方は忘れずにご持参下さい。
所持金品の管理	現金（外出行事の時を除く）や貴重品はお持ちにならないで下さい。万が一紛失・破損された場合においても責任を負いかねますのでご了承下さい。また、ご利用者同士の金品・商品・食べ物等のやりとりについてもご遠慮下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
提供時間外	サービス提供時間の“中抜け”はできません。また、自己都合による遅刻や早退をされた前後に万が一事故等が発生した場合には責任を負いかねますのでご注意下さい。
喫煙	館内、敷地内は禁煙です。
迷惑行為等	騒音・他者の同意がない個人カメラでの撮影等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
宗教活動・政治活動	施設内での他のご利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。

9. 事故発生時の対応

当サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかにご利用者のご家族、身元引受人等関係者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。又、当施設に過失があった場合は、その損害を賠償します。

なお、サービス利用中は、安全に配慮したサービス提供を徹底致しますが、防ぎきれない事故等のリスクがあることについてご理解下さい。

10. 虐待の防止について

ご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ています。

虐待防止に関する責任者	管理者 本間 雅孝
-------------	-----------

② 成年後見制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備しています。

④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための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。

11. 身体拘束等を行う際の手続き

当該ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行為を制限する行為を行いませんが、ご利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合に、身体拘束等を行うことに対する同意書をもって対応いたします。

12. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについてご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設苦情等申立て窓口までお気軽にご相談ください。

ご利用ご相談窓口	
デイサービスセンター 白ゆり北 20 条	苦情解決責任者 管理者 本間 雅孝 苦情受付担当者 生活相談員 佐々木 郁美 月～金（12/31～1/3 は除く）9:00～17:00 〈電話〉011-723-1188 〈FAX〉011-723-1189
施設外の苦情 申し立て窓口	① 国民健康保険団体連合会 総務部 介護保険課 苦情処理係 〒060-0062 札幌市中央区南 2 条西 1 4 丁目 国保会館 1 階 〈電話〉011-231-5175（介護サービス苦情相談専用ダイヤル） 〈FAX〉011-233-2178
	② 高齢者・障害者生活あんしん支援センター 〒060-0042 札幌市中央区大通西 19 丁目札幌市社会福祉総合センター 3 階 〈電話〉011-632-0550 〈FAX〉011-613-5486
	③ 札幌市保健福祉局高齢保険福祉部介護保険課 〒060-8611 札幌市中央区北 1 条西 2 丁目札幌市役所本庁舎 3 階 〈電話〉011-211-2972 〈FAX〉011-218-5117

13. 秘密の保持（個人情報の保護）

- （１） 事業所は、個人情報の取扱いにあたり、「個人情報の保護に関する法律」やガイドライン、守秘義務に関する他の法令等に加え、法人が定める当該基本方針や就業規則等の内規を遵守することにより、ご利用者やご家族に関する情報を適正に保護します。
- （２） 事業所は、サービスを提供する上で知り得たご利用者やご家族に関する個人情報については、ご利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- （３） あらかじめ文書によりご利用者やご家族の同意を得た場合は、前項の規定に関わらず、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。
- （４） 事業所は、業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を保持させるため、在職中は元より、職員の退職後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を雇用契約の内容とします。

お客様のご利用に際しての同意書
説明事項確認書

契約締結に際して下記の項目を確認し、☒をお願いいたします。

高齢者の特徴で起こりやすい事柄へのリスク

- ☐ 施設は生活施設であり、原則的に身体拘束を行わないことから、転倒、転落による事故が発生する可能性があります。また、一般的に高齢者の身体は弱く、通常の対応でも容易に骨折や変色などを発症する恐れがあります。
- ☐ 一般的に水や食物を飲み込む力が低下し、誤嚥、誤飲等により、窒息を起こしやすい状態にあります。また高齢であること及び脳や心臓の疾患等により、容態が急変・急死される場合もあります。

感染症によるリスク

- ☐ 嘔吐や下痢、風邪症状、熱がある方、体調不良全般に関しましては、利用前・利用中問わずご利用をお断りする場合がございます。
- ☐ コロナウイルス感染症の方との濃厚接触の可能性がある場合は事前にお申しつけください。集団感染の可能性を勘案し、場合によってはご利用を中止させて頂くこともございます。

その他生活面でのリスク

- ☐ 金銭について
 - ・多額の金額は持ち込まないで下さい。
 - ・基本的には金銭は自己管理して頂き、事務所等での預かりはいたしません。
 - ・他のご利用者との金銭の貸し借りは絶対に行わないで下さい。

※万が一、紛失した場合や金銭の貸し借りによるトラブルが発生した場合については責任を負いかねますのでご了承ください。

- ☐ 貴重品について
 - ・貴重品についても基本的には自己管理とさせていただきますのでご理解ください。

事業者からの申し出により利用停止して頂く場合

- ☐ ご利用者またはご家族が故意または重大な過失により、事業者またはサービス従事者もしくは他のご利用者等の生命・身体・財物等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ☐ ご利用者によるサービス利用料金の支払いが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

原則意思決定においてはご利用者および身元引受人が責任を持ち、他ご家族様との意思統一を取っていただく形となりますが、上記内容は身元引受人以外のご家族様にも適用する内容になります。契約後に他のご家族様とも共有していただくようお願いいたします。

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、デイサービスセンター白ゆり北 20 条が私及び家族の個人情報を下記の利用目的の範囲内で取得、使用及び介護サービス事業者等第三者に提供することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的と情報を提供できる第三者の範囲

- (1) 介護サービス計画等を作成するため
- (2) サービス事業所間の連携とサービス担当者会議での情報提供、サービス計画作成担当者に対する照会（依頼）のため
- (3) 医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所、行政機関、その他必要に応じた地域団体等との連絡調整のため
- (4) 健康状態の急な変化など主治医の意見を求める必要のある場合
- (5) 事業所内外のケアカンファレンス（支援方法の検討会議）のため
- (6) 適切な介護サービスを提供する上で、必要不可欠な場合※（荷物・身体状況の確認 写真 ☐ 可 ☐ 不可）
- (7) 緊急を要する時の連絡等の場合
- (8) 当法人において行われる学生・ボランティア等の実習への協力
- (9) 外国人技能実習生の受け入れ及び、それに係る定期的な技能評価試験実施の際に、実際の介護場面を現認して評価をするために、試験評価者が居室に立ち入る場合
- (10) 広報紙・掲示物への掲載 ※（ ☐ 写真・名前 可 ☐ 不可 ）
- (11) 当法人ホームページ、SNS 等への掲載 ※（ ☐ 写真・動画 可 ☐ 不可 ）
※ ☐ 欄いずれかに ☐ レ（チェック）をつけて下さい。
- (12) 上記の各号に関わらず、公表している「利用目的」の範囲内

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は利用目的の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しないこと。
また、サービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさないこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容などについてその経過を記録し、請求があれば開示する。

令和 年 月 日

〔利用者〕

〔署名代筆者〕

住所

住所

氏名

氏名

（利用者との関係 ）

〔家族（身元引受人）〕

住所

氏名

（利用者との関係 ）

デイサービスセンター白ゆり北 20 条の利用にあたり、重要事項（別添 1）お客様のご利用に際しての同意書別添 2 個人情報の使用に係る同意書を含む）及び利用料の説明を行いました。

令和 年 月 日

(事業所)

所在地 札幌市東区北 20 条東 1 丁目 2 番 31 号

施設名 デイサービスセンター白ゆり北 20 条

説明者

私は、「デイサービスセンター白ゆり北 20 条」についての重要事項（別添 1）お客様のご利用に際しての同意書（別添 2）個人情報の使用に係る同意書を含む）及び利用料の説明を受けました。

〔利用者〕

住所

氏名

〔署名代筆者〕

私は、下記の理由により、利用者に代わって上記署名を行いました。

☐本人希望 ☐手記困難 ☐その他理由（ ）

私は、利用者の契約意思を確認しました。

住所

氏名

〔家族代表（身元引受人・代理人）〕

私は、「重要事項説明書」及び「契約書」等の説明を受け、家族代表（代理人）の責任について理解しました。

住所

氏名

続柄