

**「指定通所介護・通所型サービス」 事業所
エルパサ
重要事項説明書**

当事業所は指定通所介護
及び通所型サービスの指定を受けています。
事業所番号 0170209050

当事業所はご利用者様に対して通所介護サービス及び通所型サービスを提供いたします。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とおり説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」「事業対象者」と認定された方が対象となります。

◇◆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. 職員の配置状況とその役割・・・・・・・・・・	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金・・	2
6. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・	4
7. 緊急時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4
8. 事故発生時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
9. 損害賠償・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
10. 機密保持・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
11. サービス利用に関する留意事項・・・・・・・・	5
利用料金表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	別紙1・2・3・4表

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 株式会社おいらく |
| (2) 法人所在地 | 札幌市東区東苗穂3条1丁目2番65号 |
| (3) 電話番号 | 011-786-9585 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 星野 二三江 |
| (5) 設立年月日 | 平成12年9月7日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護及び通所型サービス事業所 |
| (2) 事業所の目的 | ご利用者様が可能な限り自立した日常生活を送れるように支援する。 |
| (3) 事業所の名称 | 次世代型デイトレセンター エルパサ |
| (4) 事業所の所在地 | 〒007-0809 札幌市東区東苗穂9条3丁目1-40 |
| (5) 電話番号 | 011-790-5536 FAX番号 011-790-5537 |
| (6) 管理者氏名 | 柴田 直彦 |
| (7) 当事業所の運営方針 | 職員はご利用者様の心身の状況を理解し、より良い在宅生活が送れるように支援します。
また、ご利用者様のご家族の身体的精神的負担の軽減を図る事に努めます。また、関係市町村や医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 |
| (8) 開設年月 | 令和2年9月1日 |
| (9) 利用定員 | 120人 |

(10) 第三者評価の実施状況 実施なし

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の実施地域

札幌市東区・北区とします。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで。(12月31日～1月2日までは除く)
受付時間	午前8時30分～午後5時30分まで。
サービス提供時間	午前9時30分～午後3時40分まで。

4. 職員の配置状況とその役割

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護及び通所型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。

- (1) 管理者 1名
管理者は、事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- (2) 生活相談員 3名以上
生活相談員は、利用者及び家族からの相談の対応を行う。
- (3) 介護職員 22名以上
介護職員は、利用者の日常生活の支援及び送迎を行う。
- (4) 看護職員 2名以上
看護職員は、利用者の健康管理等を行う。
- (5) 機能訓練指導員 3名以上
機能訓練指導員は、利用者の機能訓練を行う。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者様に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては利用料金の大部分(通常7割から9割)が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食事介助

- ・ 当事業所では、ご利用者様の身体状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
- ・

② 入浴介助

- ・ 入浴または清拭を行います。

③ 排泄介助

- ・ ご利用者様の排泄の介助を行います。

④ 機能訓練

- ・ ご利用者様の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の維持又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送迎サービス

- ・ ご自宅と事業者間の送迎サービスを行います。

<サービス利用料金（1回あたり）>

下記の料金によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい（下記サービスの利用料金は、ご契約者に応じて異なります）。

※ 尚、時間延長サービスは、いたしておりません。

- ① ご利用者様に提供する食事の材料に係る費用は別途お支払いいただきます。{下記（2）①参照}
- ② 介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせて、ご利用者様の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者様の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事の提供（材料費及び管理費）

ご利用者様に提供する食事の材料費及び管理にかかる費用です。

料金：昼食1食 600円

② レクリエーション活動

ご利用者様の希望によりレクリエーションや行事活動、等に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

ご利用者様の日常生活に要する費用のうち下記については当該料金をご負担いただきます。

オムツ代（使用した方のみ）

パット型 1枚40円

平オムツ型 1枚80円

テープ付き紙オムツ、リハビリパンツ 1枚165円

（3）利用料金のお支払い方法

前月分の介護保険給付の対象となるサービスの利用料等の1割から3割負担と介護保険の給付対象とならないサービスの利用料等全額負担の合計金額を当該月 10日前後に請求いたしますので、請求月の月末までに下記の口座に振込みいただくか、指定金融機関からの自動引き落とし方法をご利用ください。

尚、指定金融機関からの自動引き落としは、当該月の最終営業日となります。

金融機関 北洋銀行 東苗穂支店

口座番号 普通 0472589

口座名義 株式会社おいらく

金融機関 ゆうちょ銀行

口座番号 普通 19080-47628021

口座名義 株式会社おいらく

※入金確認後、領収証を発行します。

(4) 利用の中止、変更、解除、終了

利用予定日の前に、ご利用者様の都合により、通所介護サービス及び通所型サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。

○利用予定者の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合には、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者様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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者様の希望する期間にサービスの提供ができないときは、他の利用可能日時をご利用者様に提示して協議します。

○利用終了については、ご利用者様が死亡した場合、事業所がやむを得ない事由により閉鎖した場合、ご利用者様が長期入院、療養で復帰が見込めない時に契約解除の申し出があった場合、及びご利用者様が故意又は重大な事情を生じさせた場合には利用を終了します。

6. 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。

連絡先 011-790-5536

○苦情受付担当者 生活相談員 岸本 英明

○苦情解決責任者 管理者 柴田 直彦

受付時間 月曜日から土曜日まで。(12月31日～1月2日までは除く)

午前8時30分～午後5時30分

また、苦情受付ボックス(伝書箱)を施設内に設置しております。

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

1. 苦情があった場合は、ただちに苦情受付担当者が相手方に連絡をとる。または直接訪問する等により詳しい事情を聞くとともに職員からも事情を確認する。
2. 苦情解決責任者は苦情受付担当者からの報告に基づき、ご利用者様との話し合いのうえ苦情解決に必要な具体的な対応をとる。
3. 記録を整備し再発防止に役立てる。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課事業指導係	所在地 〒060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目 電話番号 011-211-2972
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丁目国保会館 電話番号 011-231-5161
北海道社会福祉協議会	所在地 札幌市中央区北2条7丁目 かでる2・7 3階 電話番号 011-204-6311

7. 緊急時の対応

指定通所介護及び通所型サービスの提供を行っているときにご利用者様の状態に急変が生じた場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

1. 事業所には、リハビリテーションの効果を高めるため、以下のような障壁（バリア）があります。
火、機械、道具を使う危険、段差、狭い通路 などご家庭や外出時において遭遇される可能性のある、これらの危険性を克服するための方法を体験・学習して頂くことをねらって、意図的に障壁（バリア）のある環境設置をしています。
リハビリ上最大限の配慮は致しますが、不幸にして事故が発生した場合、またはその他の緊急事態が生じた時は、直ちに応急措置や医師・救急への連絡を行います。併せて、速やかに管理者への連絡を行い、ご家族、担当ケアマネジャー及び、市町村等へも適切な連絡を致します。
また、万一に備え事業所は、損害賠償のために損害賠償責任保険に加入するものとし、事業所の責に帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとしします。
2. 事業所は、事故発生における経過とその講じた対策・賠償の記録を保管し、また再発防止の措置を講じ事業所内での研修を行います。

9. 損害賠償

当事業所の責任により、ご利用者様に生じた損害については、加入している損害保険の補償範囲内で対応いたします。ただし、その損害の発生について、ご利用者様に故意または重大な過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減免する事があります。

《賠償がされない場合》

1. ご利用者様及びご家族代表者が、契約締結時やサービス提供時にご利用者様の心身状況や病歴等について故意に告げずまたは虚偽に告げたことを主たる原因として発生した損害。
2. ご利用者様の急な体調変化など、施設の実施したサービスを原因としない事由で発生した損害。
3. ご利用者様が、施設もしくは従業者の指示・依頼に反して行った行為を主たる原因として発生した場合。

10. 機密保持

1. 当事業所及びその職員は、サービスを提供する際に、知り得たご利用者様及びそのご家族に関する情報を正当な理由なく、第三者には漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
2. 事業所は、ご利用者様及びそのご家族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ご利用者様及びそのご家族の個人情報を用いませぬ。
3. 事業所は、ご利用者様の求めに応じて、個人情報の開示を行います。ただし、やむを得ない事由によりご利用者様本人以外が求める場合は、ご本人の同意書をもって対応いたします。

11. 虐待防止

1. 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
 - (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る。
 - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
 - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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するものとする。

1 2. 非常災害対策

1. 事業所は、常に災害事故防止と利用者の安全確保に努めるものとする。
2. 防火管理者は次の業務を行う。
 - (1) 定期的に、消防用備品及び救出用設備等の点検を行うこと。
 - (2) 非常災害に関する具体的計画を立てること。
 - (3) 前号の計画に基づき実施する避難及び救出の訓練の指揮命令を行うこと。
 - (4) 非常災害時の通報体制を整備すること。
 - (5) 前号の通報体制について定期的に従業者に周知する。
3. 非常災害の発生時に適切かつ迅速な対応が可能となるよう、毎年2回、避難及び救出に係る必要な訓練を実施することとする。

1 3. サービス利用に関する留意事項

1. 故意に設備を壊したり、汚したりした場合はご利用者様の負担により弁償していただく場合があります。
2. 事業所の他のご利用者様に対し、迷惑になるような宗教活動・政治活動・営利活動等を行う事はできません。
3. 事業所内の喫煙場所以外での喫煙はご遠慮下さい。
4. 事業所または職員への金品授受は一切ご遠慮申し上げます。

令和 年 月 日

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

説明者

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、了承しました。

ご利用者様 _____ 印

ご家族代表 _____ 印