重要事項説明書

社会福祉法人札幌シニア福祉機構

指定通常規模型通所介護事業所

札幌市通所型サービス事業所

デイサービスＣ　青葉のまち

「デイサービスＣ青葉のまち」重要事項説明書

（札幌市指定　第 0170503361 号）

厚生省令第 37 号基準第 8 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

※　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」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が、速やかに申請手続を行っていただきます。

１．事業の目的と方針

（１）事業の目的

本事業は、要介護又は要支援、要支援相当の状態（以下「要介護者等」という。）になった場合においても、その利用者が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世話及び機能訓練を行うことにより、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利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

（２）運営方針

１　事業者において提供する指定通所介護及び札幌市通所型サービスは、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。

２　利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の通所介護計画又は札幌市通所型サービス計画（以下「介護計画」という。）を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。

３　利用者及びその家族に対して、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。

４　適切な介護技術をもってサービスを提供します。

５　常に、提供したサービスの実施状況の把握及び評価を行います。

２．設　置　者

（１）法　人　名　社会福祉法人　札幌シニア福祉機構
（２）法人所在地　北海道札幌市厚別区もみじ台北６丁目２－５－２
（３）電 話 番 号　０１１―８９７－１１００
（４）代表者氏名　理事長　松本　剛一
（５）設立年月日　平成元年１０月５日

３．事業者の概要

（１）事 業 者 名　デイサービスＣ青葉のまち
（２）所　在　地　札幌市厚別区青葉町１５丁目１８－１
（３）電 話 番 号　０１１―８９１－７１００
（４）管 理 者 名　センター長　渡辺　浩二
（５）開設年月日　平成１７年８月１日
（６）実 施 地 域　札幌市厚別区青葉町・厚別南・もみじ台地区全域、上野幌１～３条３～６丁目､厚別中央１条２～７丁目・２条２～６丁目、厚別東１～４条の１～５丁目、清田区平岡公園東２～１１丁目、北広島市虹ヶ丘・西の里北・西の里東地区全域
※上記の地域は通常の事業範囲ですが、地域以外でも可能です。
（７）利 用 定 員　通常規模型通所介護　４５名（札幌市通所型サービスも含む）
（８）営 業 日 等　営 業 日　月曜日～土曜日
営業時間　８：５０～１７：３０
通常規模　１０：００～１５：１０
予防介護　１０：００～１５：１０
休 業 日　毎週日曜日・年末年始（１２月３１日から１月３日）

４．職員の配置状況

職　　種	形態	常勤換算	職務内容
１.管理者	常勤兼務	１名	施設全体の管理
２.生活相談員	常勤換算	１名以上	相談・助言等の支援、食事・入浴等の介護支援、通所介護計画の作成等
３.介護職員	常勤換算	６名以上	食事・入浴等の介護支援、通所介護計画の作成等
４.看護職員	非常勤兼務	３名	医療的処置及び健康相談
５.機能訓練指導員	非常勤兼務	３名	機能訓練及び生活ﾘﾊﾋﾞﾘ

《主な職種の勤務体制》

職　　種	勤　　務　　体　　制
1.生活相談員 (業務上の兼務先も含む)	日　勤　　８：３０～１７：１０ 日　勤　　８：５０～１７：３０
2.看護職員 (業務上の兼務先も含む)	日　勤　　９：００～１４：３０
3.介護職員 (業務上の兼務先も含む)	早　出　　７：５０～１６：３０ 日　勤　　８：３０～１７：１０ ８：５０～１７：３０
4.機能訓練指導員 (業務上の兼務先も含む)	日　勤　　９：４０～１５：１０

５．提供するサービス内容と利用料金

（１）サービスの内容

サービスメニュー	サービス内容
①健康チェック	血圧・脈拍・検温等の測定と各種処置を行います。
②排泄ケア	介護職員がトイレ等に誘導し介助いたします。
③相談・助言	生活相談員が日常生活全般について、利用者と家族の方に相談支援いたします。
④レクリエーション	介護職員により楽しみながら参加できる運動や効果的なプログラムを行います。
⑤送　　迎	車椅子固定リフト付の車により、玄関内まで送迎介助します。
⑥食　　事	管理栄養士の献立により、バランスの取れた食事を提供（介助）します。
⑦入　　浴	３種類の浴槽を用意し身体機能に合わせた介助を行います。入浴ができない場合は清拭も行います。
⑧栄養指導・管理	病気によってカロリー制限等が必要な方など、個々の状態に合わせて食事提供のご相談に応じます。

（２）利用料金

本事業者が提供する通所介護・札幌市通所型サービスの利用料は下記の通りとなります。

①居宅介護サービス費用

②日常生活費

③その他の日常生活費等

④介護保険対象外サービス費

上記の費用の支払いを含むサービスを提供する際には、事前に利用者又はその家族に対し当該サービスの内容及び費用を説明し利用者の同意（記名）をいただきます。

① 居宅介護サービス費用

通常規模型通所介護(5 時間以上 6 時間未満)

【基本単位】　A

(介護)※１回あたり

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
単位数	570	673	777	880	984

【加算】　B

・入浴介助加算Ⅰ　1 日 40 単位
・入浴介助加算Ⅱ　1 日 55 単位
・中重度者ケア体制加算　1 日 45 単位
・生活機能向上連携加算Ⅰ　1 月 100 単位(3 月に 1 回限度)
・生活機能向上連携加算Ⅱ　1 月 200 単位(個別機能訓練加算算定時月 100 単位)
・個別機能訓練加算Ⅰイ　1 日 56 単位
・個別機能訓練加算Ⅰロ　1 日 76 単位
・個別機能訓練加算Ⅱ　1 月 20 単位
・ADL 維持等加算Ⅰ　1 月 30 単位
・ADL 維持等加算Ⅱ　1 月 60 単位
・認知症加算　1 日 60 単位
・若年性認知症利用者受入加算　1 日 60 単位
・栄養アセスメント加算　1 月 50 単位
・栄養改善加算　1 月 200 単位(1 月 2 回限度)
・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ　1 回 20 単位(6 月に 1 回限度)
・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ　1 回 5 単位(6 月に 1 回限度)
・口腔機能向上加算Ⅰ　1 回 150 単位(月 2 回限度)
・口腔機能向上加算Ⅱ　1 回 160 単位(月 2 回限度)
・科学的介護推進体制加算　1 月 40 単位
・サービス提供体制強化加算Ⅰ　1 回 22 単位
・サービス提供体制強化加算Ⅱ　1 回 18 単位
・サービス提供体制強化加算Ⅲ　1 回 6 単位

札幌市通所型サービス《サービス区分別単位数》

（基本単位）※4 時間以上

要介護度	単位	利用上限	要介護度	単位	利用上限
事業対象者 要支援１	436/回	月 3 回 （週 1 回）	要支援２	447/回	月 7 回 （週 2 回）
	1,798/月	月 4 回以上利用		3,621/月	月 8 回以上利用

- 月に 5 週間ある場合、月額での利用

（加算単位）

・若年認知症利用者受入加算　1 月 240 単位
・生活機能向上グループ活動加算　1 月 100 単位
・栄養アセスメント加算　1 月 50 単位
・栄養改善加算　1 月 200 単位
・口腔機能向上加算Ⅰ　1 月 150 単位
・口腔機能向上加算Ⅱ　1 月 160 単位
・一体的サービス提供加算　1 月 480 単位
・サービス提供強化加算Ⅰ　1 月 88 単位（事業対象者・要支援 1）
・サービス提供強化加算Ⅰ　1 月 176 単位（要支援 2）

※介護給付体系の変更により利用料金が改定された場合、契約書第 9 条（利用料金の変更）に基づき、別途通知にて改定の同意といたします。

費用計算（1 ケ月あたり）

令和 8 年 6 月以降

① ［各サービスの合計単位数（A+B）＋｛(A+B）×0.12 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）｝］×10.14 円（地域加算 7 級地）＝C
② C×0.9 又は 0.8 又は 0.7＝D（介護保険）
※原則利用者負担は 1 割となるが一定以上の所得の方は 2 割・3 割負担）
③ C-D＝E（利用者割負担額）

②日常生活費

食費（1 食）	660 円	食材料費と厨房設備及び人員を整える費用
	430 円	利用者本人が生活保護受給の場合

③その他の日常生活費

サービスメニュー	金額	概要
手工芸材料費	実　　費	参加した場合に実費いただきます。
特 殊 行 事 費	実　　費	参加した場合に実費いただきます。
郵送代	実　　費	郵送にかかった費用

６．利用料金のお支払い方法

利用料金は、ご契約者名義の口座からの自動引落とします。１ヵ月ごとまとめた請求書を翌月２０日までに送付し、ご利用月の翌月２７日に引落としますので、それまでに指定口座にご入金ください。（引き落とし日が土・日・祝日の場合は、変更となる場合がありますのでご了承ください。）

７．居宅介護支援事業者等との連携

（１）事業者は、通所介護・札幌市通所型サービスを提供するにあたり、居宅介護支援事業者、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

（２）事業者は、通所介護・札幌市通所型サービスの提供を終了する際は、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、その利用者に関して居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

（３）利用者が、居宅サービス計画の変更を希望する場合は、利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行います。

８．通所介護及び札幌市通所型サービス計画の作成

（１）通所介護・札幌市通所型サービスの提供を開始する際には、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている状況並びに家族等介護者の状況を充分把握し、個別に通所介護計画・札幌市通所型サービス計画を作成いたします。

（２）通所介護計画・札幌市通所型サービス計画の作成に当たっては、その内容について利用者又は家族等に対し説明・同意を得て行うこととします。また作成した際には通所介護計画・札幌市通所型サービス計画を交付いたします。

（３）利用者に対し、通所介護計画・札幌市通所型サービス計画に基づいて各種サービスを提供するとともに、継続的なサービスの管理及び評価を行います。

９．利用の変更・追加・終了・解除

（１）利用回数や利用曜日、時間帯等の変更・追加については、事業者の稼動状況により、希望どおりに提供できない場合があります。変更・追加を希望する場合は、担当の介護支援専門員又は地域包括支援センター職員にご相談下さい。

（２）当事業者の利用終了は、次のような事由が生じた場合となります。

① 契約者が死亡した場合

② 要介護認定により「自立」と判定された場合

③ 事業者がやむを得ない事由により閉鎖した場合

④ 契約者から契約解除の申し出があった場合

⑤ その他

（３）契約有効期間であっても、利用契約を解除することができます。その場合、契約終了を希望する７日前までに解除届書をご提出下さい。但し、即時解除することができる場合もあります。

１０．苦情対応について

（１）苦情申立て手順

苦情及び意見・要望等の申立てがある場合は下記の通りの手順で申立てることができます。

申立先	申立て方法	受理後の対応
苦情申出票による申立て	1階ﾛﾋﾞｰの苦情申出票を用いて「ご意見・ご要望受付ﾎﾞｯｸｽ」に投函する	記載内容を確認し、苦情解決担当者が対応を協議し、返答が必要な場合はご連絡いたします
職員を通しての申立て	職員に対して直接口頭又は文書にて申し立てる	受付担当者で解決に至らない場合、苦情解決システム則り解決担当者及び解決責任者にて対応いたします
外部機関への申立て	下記の担当窓口に直接又は電話にて申し立てる	必要に応じて相談機関からの調査・勧告後、解決に向けて解決責任者にて対応いたします
第三者委員への申立て	1階ﾛﾋﾞｰに掲示されている第三者委員に電話で申し立てる	必要に応じて第三者委員からの調査・助言・指導のもと、解決に向けて解決責任者にて対応いたします

（２）苦情対応と解決方法

①苦情受理後は、速やかに事実内容を確認し検証後、申立者に対し説明と了承を得ることとします。

②苦情の受理及び解決方法等の詳細に関しては、施設にて規定する「青葉のまち苦情解決システム」の内容に準じて対応するものとします。

（３）当事業者の窓口　　苦情受付担当者　全職員
苦情解決責任者　センター長　渡辺　浩二
時　間　職種の勤務体制を確認してください。
連絡先　０１１－８９１－７１００

※ ご意見・ご要望受付ボックスを１階ロビーに設置しております。

（４）その他の窓口

札幌市保健福祉局 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 札幌市役所本庁舎３階 電話　０１１―２１１―２９７２
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 かでる 2.7　3階 電話　０１１―２０４―６３１０
国民健康保険団体連合会	札幌市中央区南２条西１４丁目 国保会館

	電話　０１１―２３１―５１６１

（５）第三者委員

当法人においては、苦情解決に対し社会性及び客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しています。青葉のまち１階に連絡先を掲示しております。

１１．損害賠償

当事業者の責任により契約者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。ただし、その損害の発生について、契約者にも故意又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場合があります。

≪賠償がなされない場合≫

（１）契約者が、契約締結時やサービス提供時に自身の身体状況や病歴等について故意に告げず、虚偽に告げたことがもっぱらの原因とし発生した損害

（２）契約者の急な体調変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由をもっぱらの原因として発生した損害

（３）契約者が、事業者もしくは従業者の指示・依頼に反して行った行為をもっぱらの原因とし発生した損害

１２．サービス利用に関する留意事項

（１）施設・設備・敷地は本来の用途に従って利用して下さい。

（２）故意に設備等を壊したり、汚したりした場合は契約者の自己負担により弁償していただく場合があります。

（３）事業者の職員や他の利用者に対し、迷惑になるような宗教活動・政治活動・営利活動等を行うことはお断りしています。

（４）喫煙内は禁煙となっています。

（５）冬期間の自宅前除雪は、原則契約者世帯の方でお願いします。

（６）事業者又は職員への金品授受は一切お断りしています。

（７）サービス提供時間を越えて利用する場合は、延長サービス（介護保険対象外）の対象となります。

（８）欠席の連絡については、前日か利用日当日の朝８：３０頃までに電話連絡をお願いします。

（９）当日の食事のキャンセルは提供の２時間前までとします。それ以降にキャンセルした場合は、実費分のご負担をお願いします。

（10）継続的な医療処置が必要な方は、処置備品（軟膏・ガーゼ・湿布等）をご持参下さい。オムツをご利用の場合は心身の状況にあった形態があるため、ご自宅から持参して下さい。
（11）希望者には利用時に利用状況や健康チェックのデータ等を手帳に記入してお渡ししております。家族から事業者への連絡の手段としてもご活用ください。

１３．緊急時等における対応方法

（１）通所介護・札幌市通所型サービスを利用中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医に連絡し指示を仰ぐとともに、家族等に連絡を行う等の必要な対応をいたします。
（２）上記の緊急対応の際、家族連絡行うも連絡がとれない場合は、事業者の判断により主治医以外の対応を行う場合があります。

１４．事故発生時の対応

（１）提供中に事故が発生した場合には、速やかに応急措置や医療機関への搬送等の対応を致します。家族等へ連絡するとともに、発生記録、再発防止策に努めその対応を協議します。
（２）事業者は、事故防止検討委員会を設置し、従業者に対し指針に基づいた安全管理の徹底を図るとともに、定期的な研修会を実施することで安全確保に努めます。

１５．非常災害対策

（１）通所介護・札幌市通所型サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合は、利用者の安全を第一に考え避難等適切な対応をいたします。
（２）事業者は非常災害に備えて、非常時の対応方法と避難経路を明確にし、定期的に避難訓練を行うことで安全確保に努めます。

１６．虐待防止に向けた体制等

（１）事業者は、管理者を適切な措置を実施するための専任の担当者とし虐待発生の防止に努めます。
（２）事業所は虐待防止検討委員会を設け、その責任者は管理者とします。
（３）虐待防止検討委員会は、職員への研修の内容、虐待防止のための指針策定、虐待等の相談及び苦情解決体制の整備、虐待を把握した際の通報、虐待発生時の再発防止策の検討、成年後見制度の利用支援等を行います。なお、本虐待防止検討委員会は、場合により他の委員会と実施します。

（４）指針に基づいて虐待防止検討委員会を定期的に開催するとともに、定期的な研修（年１回以上）を行い、介護職員その他の従業者に周知を図ります。

（５）虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者は速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力します。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに虐待防止検討委員会にて協議し、その内容を職員に周知するとともに市町村関係者に報告を行い、再発防止に努めます。

１７．プライバシーの保護

（１）サービスを提供する上で知り得た利用者及び家族等の情報は、個人情報同意書で取り交わした範囲を超えて使用はいたしません。

（２）事業者及びサービス従業者は、業務上知り得た利用者及び家族等の情報に関して守秘いたします。また、従業者でなくなった後においても守秘いたします。

１８．提供するサービスの質の評価及び第三者評価の実施状況

自己評価 (質の評価)の 取組み	当事業所では、自己評価の実施等サービスの質の向上のための取り組みを行っています。	
第三者評価の実施状況	実施の有無	なし
	実施した直近の年月日	なし
	実施した評価機関の名称	なし
	評価結果の開示状況	なし

令和８年６月１日　改訂版

令和　　年　　月　　日

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、指定通所介護及び指定介護予防通所介護サービスの提供開始に同意します。

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【代理人を選定する場合】

代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者は、署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代行します。

署名代行者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿