

社会福祉法人 公和会
デイサービスセンター ルミエール
地域密着型通所介護サービス
札幌市通所型サービス重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

北海道指定 第0170500771号

目次

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域
4. 営業日及び利用定員
5. 職員の体制
6. 事業所の施設設備の概要
7. 当事業所が提供するサービスと利用料金
8. 利用料金のお支払い方法
9. 利用の中止、変更、追加
10. サービス利用をやめる場合
11. サービス提供における事業者の義務
12. サービスの利用に関する留意事項
13. サービス内容に関する相談・苦情等の窓口
14. 損害賠償について
15. 緊急時の対応
16. 事故発生の防止及び発生時の対応
17. 守秘義務に関する対策
18. 高齢者虐待防止の推進
19. 感染症対策
20. 非常災害対策
21. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 公和会
法人所在地	北海道札幌市白石区東札幌1条3丁目1番1号
電話番号	011-825-2555
代表者氏名	理事長 長沼 政幸
設立年月	平成12年 4月 1日

2. 事業所の概要

事業所の種類	地域密着型通所介護 平成12年4月1日指定 札幌市通所サービス 北海道指定第0170400634号
事業の目的	<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設は、心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るための機能訓練及び生活の質の確保を重視した在宅生活が継続できるよう支援を行うことで、社会孤立感の解消や心身機能の維持並びに御家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることに努める。 2. 施設は、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご契約者の立場に立ってデイサービスの提供に努める。 3. 施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者(以下「保険者」という。)、居宅支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他保険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務める。
事業所の名称	デイサービスセンター ルミエール
事業所の所在地	北海道札幌市白石区東札幌1条3丁目1番1号
電話番号	011-825-2555
管理者氏名	鈴木 則子(兼任)
計画作成者	高橋 由香理
事業所の運営方針について	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目配り・気配り・心配りに努め、安全で快適な生活を確保し、生きることへの喜びをともに歩んでゆきます。 2. 公平・公明正大に対応し、明るく、あたたかく、素直に、正直に行動します。 3. 自己の知識・経験・技術力を地域社会の福祉の向上に努めます。
建物の構造	鉄筋コンクリート3階建
建物の延べ床面積	4805,69 m ²
開設年月日	平成12年 4月 1日
事業所が行なっている他の事業	【指定介護老人福祉】 平成12年 4月1日指定 北海道指定第0170500771号 定員83名
	【指定短期入所生活介護】 平成12年 4月1日指定
	【介護予防短期入所生活介護】 平成18年 4月1日指定 北海道指定第0170500771号 定員13名

3. 事業実施地域

事業実施地域	札幌市 白石区、豊平区周辺地域
--------	-----------------

4. 営業日時及び利用定員

営業日	月曜日～金曜日	土・日・祝日 12/31～1/3 は休み
営業時間	8：30～17：30	
サービス提供時間	9：30～16：00	送迎時間を含みません
利用定員	10名（札幌市通所型サービスを含む）	

5. 職員の体制

当施設では、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。 ※配置については、指定基準を遵守しています。

職種	指定基準	配置人数	備考
施設長(管理者)	1名	1名	
生活相談員	1名	1名以上	
介護職員又は 看護職員	1名	1名以上	
管理栄養士	1名	1名	

〈主な職種の職務内容〉

職種	職務内容
生活相談員	ご利用者様の日常生活上の相談に応じ、 ^{てきぎ} 適宜生活支援を行います
介護職員	ご利用者様の日常生活上の介護ならびに健康保持のため相談・助言等を行います。
看護職員	主にご利用者様の健康管理や療養上の世話をしますが日常生活上の介護、介助も行います。

6. 当事業所の施設設備の概要

デイルーム	ステージ、スクリーン付
食堂	ゆったりとしたスペースをご用意しています。
浴室	一般浴槽と機械浴槽があります。

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 提供サービスの概要

保険給付サービス	身体介助（日常生活上の援助等）	ご利用者の身体状況に応じた日常生活上の援助を行う。排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。
	生活相談（相談援助等）	常勤の生活相談員が、利用者又は家族からの相談に誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行う、サービス提供はもちろん、介護サービス以外の日常生活に関する事も相談承ります。
	健康状態の確認	ご利用者の健康状態の把握を行うとともに必要に応じて医療との連携支援を行います。
	食事の提供	ご利用者の身体状況、嗜好、栄養バランスに配慮した食事を提供します。（食費は給付対象外）
	入浴の機会の提供	ご利用者の身体状況に応じた入浴介助をいたします。
	送迎	ご利用者の身体状況に合わせリフト付き車両で、ご自宅までの送迎を行います。
保険給付外サービス	食費	管理栄養士の立てる献立表により、栄養計算を勘案するとともに、利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した美味しい家庭の味の提供に努めます。
	お茶代	ご希望の方に提供させていただきます。
	連絡帳	初回時、破損時に作成します。
	おむつ代	使用分が実費負担となります。
	理・美容サービス	ご利用者、ご家族から希望があった場合に利用出来ます。

料金表

(1) 介護保険の給付対象サービス (1 単位:10.14 円 1 割負担)

対象サービス	区分	単位	自己負担
地域密着型通所介護	要介護 1	678	688 円
	要介護 2	801	812 円
	要介護 3	925	938 円
	要介護 4	1,049	1,064 円
	要介護 5	1,172	1,188 円
	入浴加算	40	40 円
	サービス提供体制加算Ⅲ	6	6 円
	※科学的介護推進体制加算	40	40 円
札幌市通所型サービス	要支援 1	436	442 円
	要支援 2	447	453 円
	※要支援 1 (月額)	1,798	1,823 円
	※要支援 2 (月額)	3,621	3,672 円
	※サービス提供体制加算Ⅲ (要支援 1)	24	24 円
	※サービス提供体制加算Ⅲ (要支援 2)	48	48 円
	※科学的介護推進体制加算	40	40 円
共通	介護職員処遇改善加算 I	所定単位数に 5.9%を乗じた単位	
	介護職員等特定処遇改善加算 II	所定単位数に 1.0%を乗じた単位	
	介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数に 1.1%を乗じた単位	

- ・ ※は月単位の算定。また要支援 1 は月 4 回以上、要支援 2 は月 8 回以上利用した場合に月額の料金となります。

- ・一定以上の所得があると認定されたご契約者様は自己負担額が2割、または3割となります。
- ・給付単位で計算するため若干の誤差が生じる場合があります。
- ・ご負担いただくサービス料金は、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費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い頂きます。
- ・サービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。
- ・ご利用者が未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金額を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後、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)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約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、ご契約者の負担額を変更します。

(3) 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、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

昼食費 (おやつ代含む)	1日あたり 660 円 (実費負担)
お茶代	1杯 40 円 (希望者のみ)
連絡帳(初回時、破損時)	連絡帳袋、連絡帳代 330 円
オムツ代	リハビリパンツ 1枚 132 円 テープオムツ 1枚 110 円 パット 1枚 44 円
理・美容室代	理容室 2,300 円 美容室 2,300 円 (カットのみ)

(4) その他加算料金表

加算の種類	内容	単位	介護費 (利用者 負担額)
入浴介助加算	入浴介助（観察を含む）を行った場合に 加算する。	40	41 円/日
科学的介護推進体制加算	利用者の自立支援・重度化防止を図る取 り組み、介護を実施、評価、改善を行い サービスの質の向上を実施する体制を構 築する。	40	41 円/月
個別機能訓練加算	個別機能訓練計画書に基づいて計画的に 機能訓練を行った場合に算定する。	(1) イ (1) ロ (2)	56 円/日 76 円/日 20 円/日
若年性認知症利用者 受入加算	受け入れた若年認知利用者ごとに個別の 担当者定め、その者を中心に利用者の特 性やニーズに応じたサービス提供を行っ た場合に算定する。 認知症加算を算定している場合は算定は 行わない。	60	61 円/日
認知症加算	前年度の利用者の総数のうち認知症高齢 者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が 20% 以上であること。	60	61 円/日
中重度者ケア体制加算	前年度の利用者の総数のうち、要介護 3 以上に該当する利用者の割合が 30%以 上であること。	45	46 円/回
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	-47	-48 円/回
サービス提供体制 加算Ⅲ	利用者に直接提供する職員のうち 勤続年数 7 年以上の者の占める割 合が 30%以上であること。	要介護者 6	6 円/回
サービス提供体制 加算Ⅲ	利用者に直接提供する職員のうち 勤続年数 7 年以上の者の占める割 合が 30%以上であること。	要支援者 24 48	25 円/月 49 円/月

介護職員 処遇改善加算	介護職員処遇改善交付金相当分		所定単位数に 5.9%を乗じた 単位数
介護職員等 特定処遇改善 加算	介護職員等特定処遇改善交付金相当分		所定単位数 に1.0%を乗 じた単位数
介護職員等 ベースアップ等 支援加算	介護職員等ベースアップ等支援加算相当分		所定単位数 に1.1%を 乗じた単位
口腔・栄養 スクリーニング 加算	口腔内の健康観察を行います。		6か月に1回
A D L 維持等 加算	ADLの維持、又は改善の度合いが一定 す順を超える等の要件を満たした場合に 加算する。	(I)30 (II)60	(I)31円/月 (II)62円/月

8. 利用料金のお支払方法

前記7-(1)(2)の料金・費用は利用ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 窓口での現金支払い

イ. 下記指定口座への振り込み

金融機関 北海道銀行 創成支店 普通預金0671130

口座名義 デイサービスセンター ルミエール

9. 利用の中止、変更

- ・利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護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所に申し出てください。
- ・サービスの利用の変更申し出に対して事業所の稼働状況により、契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

10. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

当施設との契約が終了する期日までご利用いただけます。従って以下のような事由が無い限り、継続してサービスを利用することが出来ますが、仮に下記のような事由に該当するにいたった場合には、当施設との契約は終了しご利用者を終了して頂くこととなります。

- ① ご利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりセンターを閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損^{きそん}により、サービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ センター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
- ⑥ ご利用者から中止の申し出があった場合 【詳細は以下の（１）をご参照下さい】
- ⑦ 事業者から中止の申し出を行った場合 【詳細は以下の（２）をご参照下さい】

（１）ご利用者からの中止の申し出（中途解約・中途解除）

契約の有効期間であっても、ご利用者から施設の利用中止を申し出ることが出来ます。その場合には、中止を希望する前日の午後５時までにお申し出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解消・解除することが出来ます。

- 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 ご利用者が入院された場合。
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護保険施設サービスを実施しない場合。
- ④ 事業者もしくはサービス事業者が守秘義務に違反した場合。
- ⑤ 事業者もしくはサービス事業者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用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 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用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。

（２）事業者からの申し出により中止していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設の利用を中止していただくことがあります。

- ① ご利用者、ご家族及びその関係者がご利用者の心身の状況及び病歴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 ご利用者によるサービス利用料金等の支払いが正当な理由無く１カ月滞納した場合において、事業者がご契約者に対し２週間以内に滞納額を支払うように催告^{さいこく}したにもかかわらず、全額の支払いが無いとき、事業者は、全額の支払いがあるまでの利用をお断りすることがあり、停止にもかかわらず滞納額全額の支払いがない場合。
- ③ ご利用者、ご家族及びその関係者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又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。
- ④ 伝染性疾患により他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れがある場合。

1 1. サービス提供における事業者の義務

当施設はご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご利用者の生命・身体・財産の安全確保に配慮します。
- ② ご利用者の体調・健康状態からみて必要な場合には、医師と連携のうえご利用者から聴取、確認します。
- ③ ご利用者にご提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご利用者又は署名代行人の請求に応じて閲覧させ又は謄写の請求に対応します
- ④ 事業者及びサービス事業者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族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。
(守秘義務)ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。

1 2. サービスの利用に関する留意事項

- ① **施設・設備の使用上の注意**
 - ・施設・設備・敷地をその本来の用途に従って利用してください。
 - ・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、ご利用者に自己負担により現状回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ② **宗教活動・政治活動等**
職員や他のご利用者や職員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ご遠慮下さい。
- ③ **ペット**
衛生上の問題がありますので、施設内へのペットの持ち込み及び飼育はご遠慮下さい。
- ④ **迷惑行為等**
騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他のご利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
- ⑤ **喫煙**
事業所内の喫煙スペースはございません。

1 3. サービス内容に関する相談・苦情等の窓口

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受けられます。

〈相談窓口〉 苦情解決委員会
責任者 鈴木 則子

事業所	特別養護老人ホーム	ショートステイ	デイサービス
担当者名	奥田 圭介	安田 耕平	高橋 由香理

住 所 札幌市白石区東札幌1条3丁目1番1号

電 話 011-825-2555

F A X 011-825-2558

E-mail kohwakai@lumiere.or.jp

投書箱 正面玄関、公衆電話機横に設置しています。

〈処理体制〉

- ① 苦情があった場合には直ちに担当者は相手方に連絡を取り、詳しい事情等を確認します。
- ② 苦情受付担当者は、苦情解決責任者及び第三者委員へ報告する。但し第三者委員への報告を明確に拒否された場合は報告いたしません。

- ③ 苦情解決責任者は、苦情解決委員会を開催します。また、利用者様が必要と判断された場合には第三者委員を招集し検討会議を行います。
- ④ 検討後必ず利用者様には具体的対応をいたします。
- ⑤ 記録を台帳に保管し、再発防止に努めます。

〈第三者委員〉

氏名	資格等	住所	電話番号
しょうじ こうめい 庄子 光明	当法人監事	063-0036 札幌市西区西野 6 条 5 丁目 3-5	011-662-7095
むらかみ たけし 村上 毅	当法人監事	064-0804 札幌市中央区南 4 条西 12 丁目 1296	011-825-2700
やまもと いさお 山本 功	連合北海道札幌地区連合会 副事務局長	006-0817 札幌市前田 7 条 10 丁目 11-22	011-685-9376

(2) 行政機関その他苦情

札幌市保健福祉局 高齢施設課	所在地 電 話	札幌市中央区北 1 条西 2 丁目 011-211-2972
北海道石狩保健福祉事務所 保健福祉部 社会福祉課	所在地 電 話	札幌市中央区北 3 条西 7 丁目道庁別館 011-231-4111 (内線 34-938)
北海道社会福祉協議会 苦情受付担当	所在地 電 話	札幌市中央区北 2 条西 7 丁目かでの 2・7 011-241-3976

1 4. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご利用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いたします。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、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌^{しんしやく}して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

1 5. 緊急時の対応

サービス提供中にご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

1 6. 事故発生の防止及び発生時の対応

(1) 事故発生時の対応

- ① 事故が発生した場合、事故を発見した職員は速やかに必要な処置を講じます。また緊急を要する場合は救急車の対応となります。
- ② 担当の生活相談員はご家族、ケアマネージャーに事故報告を行います。受診を伴う事故の場合、生活相談員は市町村への報告を行います。
- ③ 事故後はリスクマネジメント委員会を開催し、施設長、介護職員、介護主任、看

護師、生活相談員にて再発防止のため今後の処遇を検討します。

重大事故が発生した場合は緊急的にリスクマネジメント委員会を招集し事故を検証すると共に再発防止のための協議を行います。

- ④ 事故発見者は発生状況、行った処置の内容（受診した場合は受診状況、診断内容）、発生原因、ご家族への報告内容、再発防止策を協議した内容等を事故報告書に記録します。
- ⑤ 事故報告書は各部署で閲覧、周知して事故の再発防止に努めます。
- ⑥ ご利用者又は署名代行人が必要と判断した場合は、事故報告書を閲覧していただくことが出来ます。

(2) 事故防止の対応

- ① 事故発生防止及び再発防止のため指針を整備、対策を検討する委員会としてリスクマネジメント委員会を設置します。
- ② リスクマネジメント委員会は定例で月1回開催し事故報告事例を集計、分析します。又必要な場合は緊急的に委員会を開催し事故防止に努めます。
- ③ 定期的に事故防止に関する職員研修を行い事故防止に関する職員の理解を深めていきます。
- ④ リスクマネジメント委員会の委員長を、事故発生防止及び再発防止のための責任者とし、①から③の措置を適切に実施します。

1 7. 守秘義務に関する対策

施設職員及び関係者は、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、施設職員及び関係者から誓約書を提出しています。

1 8. 高齢者虐待防止の推進

(1) ご利用者の人権の擁護、虐待防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するため虐待防止検討委員会を設置します。責任者は委員長とし、指針、マニュアルの整備、指針に沿った年2回以上の研修を実施します。

(2) 虐待防止検討委員会は、次の事項について検討します。その際、そこで得た結果（施設における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、職員に周知徹底します。

- ① 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること
- ② 虐待の防止のための指針の整備に関すること
- ③ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
- ④ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
- ⑤ 職員が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
- ⑥ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
- ⑦ 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

1 9. 感染症対策

感染症の発生及びまん延等に関する指針、マニュアルを整備し、対策を検討するための委員会として感染症対策委員会を設置します。

- ① 感染症対策委員会は定例で月 1 回行い、必要な場合は緊急で開催し対応を検討します。
- ② 職員に対し平常時の対策及び発生時の対応に関する研修及び訓練を定期的に行います。

20. 非常災害対策

- ① 災害時の対応 白石消防署通報装置による自動通報、職員への緊急連絡網
- ② 防災設備 非常通報設備・自動火災報知設備・スプリンクラー
- ③ 防災訓練 年 2 回実施
- ④ 防火管理者 高坂 明彦
- ⑤ 水害、土砂災害訓練 年 1 回実施

21. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有	無
実施した直近の年月日		
実施した評価機関の名称		
評価結果の開示状況		

同 意 書

令和 年 月 日

地域密着型通所介護、札幌市通所型サービス提供の開始に際し、本書に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンター ルミエール

管理者 鈴木 則子

説明者職名 通所介護責任者

氏名 高橋 由香理

私は本書に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護、札幌市通所型サービスの提供開始を同意しました。

ご利用者

氏名 _____

署名代行者

氏名 _____ 続柄 _____

