

## 「デイサービスセンター緑風園」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(北海道指定 第0173500133号)

当事業所はご契約者に対して地域密着型通所介護サービス及び第1号通所事業通所介護・第1号通所事業通所型サービスA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」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。

### ◆◆目次◆◆

|                                    |       |
|------------------------------------|-------|
| 1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・   | 2     |
| 2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  | 2～3   |
| 3. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・    | 3～4   |
| 4. 契約締結からサービス提供までの流れ・・・・・・・・       | 4～6   |
| 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・      | 6～10  |
| 6. サービス提供における事業者の義務・・・・・・・・        | 10～11 |
| 7. サービス利用に関する留意事項・・・・・・・・・・・・・     | 11    |
| 8. 事故発生時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・    | 11    |
| 9. 非常災害時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・   | 12    |
| 10. サービス利用をやめる場合・・・・・・・・・・・・・・・・   | 12～13 |
| 11. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 13～15 |
| 12. 第三者評価の実施状況について・・・・・・・・・・・・・    | 15    |

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 登別千寿会  
(2) 法人所在地 登別市中登別町253番地7  
(3) 電話番号 ☎ 0143-84-3033  
Fax 0143-84-3309  
(4) 代表者氏名 理事長 千葉 泰 二  
(5) 設立年月日 昭和57年7月9日

## 2. 事業所の概要

### (1) 事業所の構造及び周辺環境

構造～鉄筋コンクリート造 一部3階建、延べ床面積 4,236.36㎡

周辺環境～豊かな緑と清流に囲まれた素晴らしい自然の中で、春には鶯や郭公が近くで鳴き、四季それぞれの景観は、お年寄りにやすらぎを与え、余生を限りなく楽しませてくれる素晴らしい恵まれた施設です。

- (2) 事業の種類 指定地域密着型通所介護・平成28年3月31日指定  
第1号通所事業通所介護・平成30年3月8日指定  
第1号通所事業通所型サービスA・平成30年3月8日指定  
※当事業所は、特別養護老人ホーム緑風園に併設されています。

- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター緑風園

- (4) 事業所の所在地 登別市中登別町253番地7

- (5) 電話番号及びFAX番号等 ☎ 0143-84-3035  
Fax 0143-84-3359  
URL <http://ryokufuu.com/>  
E-mail [day@ryokufuu.com](mailto:day@ryokufuu.com)

### (6) 事業所長（管理者）氏名

施設長 杉 本 泰 伸

### (7) 当事業所の運営方針

1. センターの生活指導員等は、要介護者等の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に支援を行うことで、利用者の孤立感の解消や心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることに努める。
2. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・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るものとする。

### (8) 開設（サービス開始）年月日

平成11年 5月 1日

- (9) 通常の事業の実施地域 登別市全域

(10) 営業日及び受付時間並びに営業時間

|                      |                                                                                      |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 区 分                  | 地域密着型通所介護及び第1号通所事業通所介護・第1号通所事業通所型サービスA                                               |
| 営 業 日                | 月曜日から金曜日                                                                             |
| 受付時間並びに<br>営 業 時 間   | 受付時間 月～金 午前8時30分～午後5時30分<br>営業時間 月～金 午前9時00分～午後4時30分<br>(但し、土・日・祝日、12月31日から1月3日は、休み) |
| サ ー ビ ス 提 供<br>時 間 帯 | 午前10時00分～午後4時10分(6時間10分)(送迎時間含めず)                                                    |

(11) 利用定員 18人(地域密着型通所介護及び第1号通所事業通所介護)

7人(第1号通所事業通所型サービスA)

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護サービス及び登別市総合事業通所型サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

<配置職員の種類> (勤務時間 午前8時30分から午後5時30分)

|                  |                                                                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管 理 者            | ・・・センターの従業員の管理及び指定通所介護及び指定介護予防通所介護の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。<br>1名の管理者を配置しています。(常勤正職1名、特養管理者が兼務) |
| 生活相談員(ソーシャルワーカー) | ・・・ご契約者及びご家族の相談や利用計画、日程プログラム等のサービス調整を行います。1名の生活相談員を配置しています。(常勤正職1名)                                            |
| 介護職員(ケアワーカー)     | ・・・日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言、送迎等を行います。<br>4名の介護職員を配置しています。(常勤準職員4名)                                             |
| 看 護 職 員          | ・・・ご契約者の健康管理や療養上の世話も行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。2名の看護職員を配置しています。(非常勤パート職員2名)                                       |
| 機能訓練指導員          | ・・・看護職員が兼務で要介護状態の軽減、又は、悪化防止のために機能訓練を行います。<br>2名の機能訓練指導員を配置しています。(非常勤パート2名、看護職員が兼務)                             |
| 栄 養 士            | ・・・献立作成、栄養計算、ご契約者に対する栄養士指導等を行います。<br>1名の栄養士が配置しています。(常勤正職1名、特養栄養士が兼務)                                          |

<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                 | 通 所 介 護 |       |
|---------------------|---------|-------|
|                     | 常勤換算    | 指定基準  |
| 1. 事業所長（管理者）        | 0. 5名   | 1名    |
| 2. 介護職員（ケアワーカー）     | 4名      | 3名    |
| 3. 生活相談員（ソーシャルワーカー） | 1名      | 1名    |
| 4. 看護職員             | 0. 47名  | 1名    |
| 5. 機能訓練指導員（看護職員兼務）  | 0. 15名  | 1名    |
| 6. 介護支援専門員（ケアマネジャー） | —————   | ————— |
| 7. 医師（非常勤）          | —————   | ————— |
| 8. 栄養士（特養と兼務）       | 0. 13名  | ————— |

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が6名いる場合、常勤換算では、  
6名（8時間×6名×5日÷40時間＝6名）となります。

<主な職種の勤務体制>

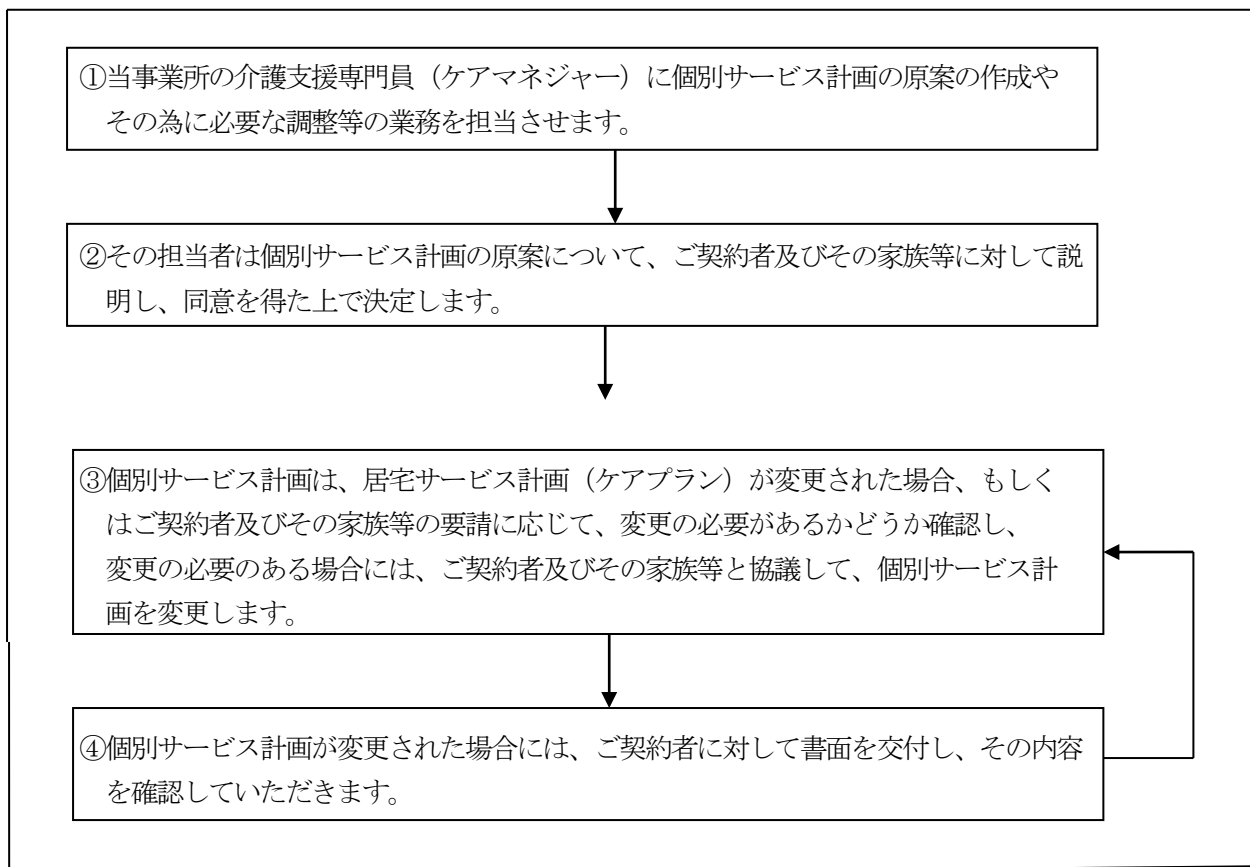
| 職 種                     | 通所介護                             |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. 介護職員<br>（ケアワーカー）     | 標準的な時間帯における配置人員<br>8：30～17：30 4名 |
| 2. 生活相談員<br>（ソーシャルワーカー） | 標準的な時間帯における配置人員<br>8：30～17：30 1名 |
| 3. 看護職員                 | 標準的な時間帯における配置人員<br>9：30～15：30 1名 |
| 4. 機能訓練指導員              | 毎週 月～金曜日 随時指導                    |
| 5. 医師                   | —————                            |

## 4. 契約締結時からサービス提供までの流れ

- （1）ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る介護計画（以下「個別サービス計画」という。）に定めます。

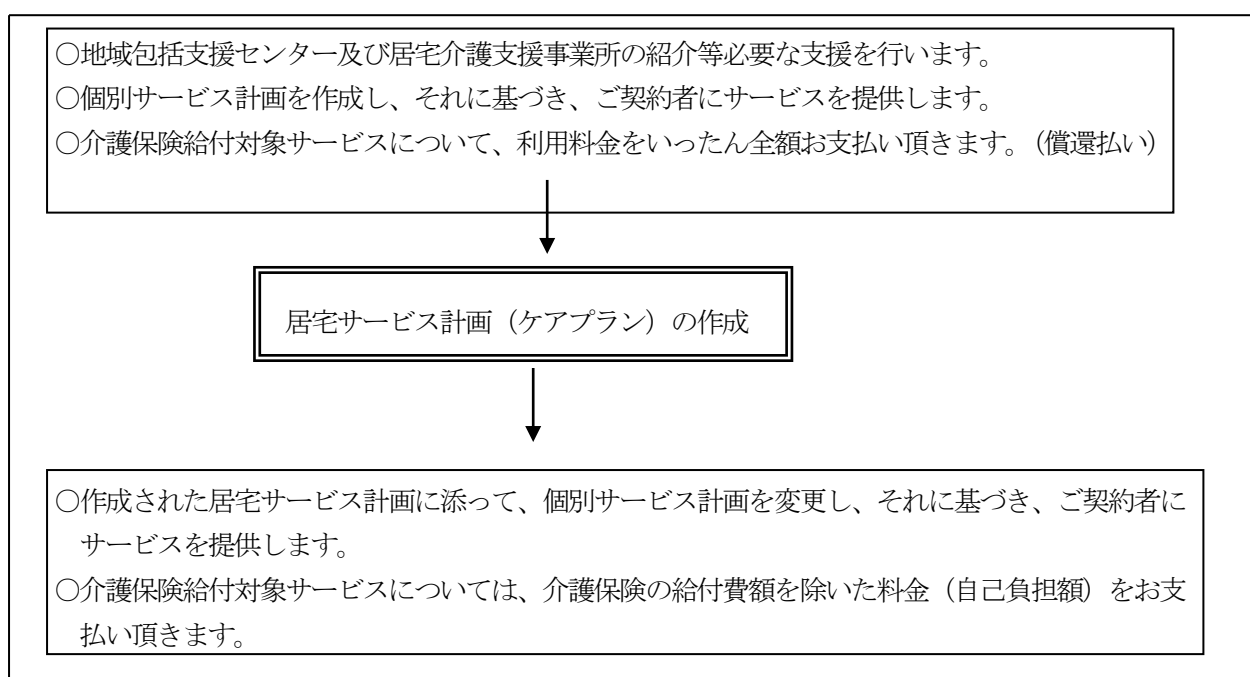
契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。

（契約書第3条参照）

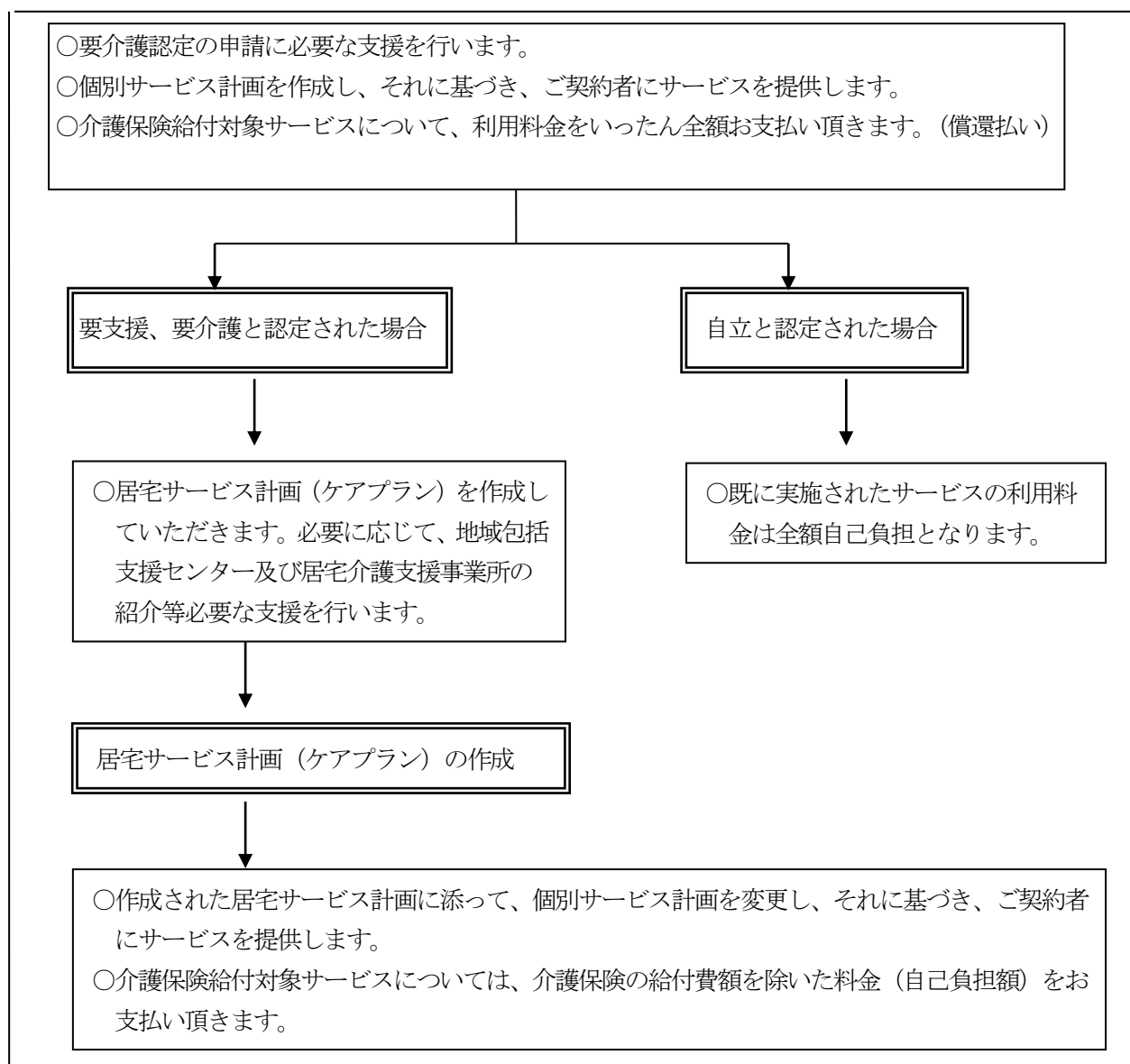


（２）ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次のとおりです。

#### ①要介護認定を受けている場合



### ①要介護認定を受けていない場合



## 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、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

又、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ご負担いただく場合

があります。

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（9割もしくは8割、7割）が介護保険から給付されます。

## ＜サービスの概要＞

### ①入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

### ②排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

### ③機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

## ＜サービス利用料金（１ヶ月あたりもしくは１日あたり）＞（契約書第７条参照）

次記の料金表によって、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費額を除いた金額（自己負担額）をお支払ください。（サービス利用料金は、ご契約者の要介護度、要支援度に応じて異なります。）

### 地域密着型通所介護

（日額）

|                 | 要介護１           | 要介護２   | 要介護３   | 要介護４   | 要介護５   |
|-----------------|----------------|--------|--------|--------|--------|
| サービス利用に係る自己負担額  | ８６９円           | １，００４円 | １，１３９円 | １，２７４円 | １，４０９円 |
| 食費に係る自己負担額（保険外） | １日 ６９０円（１食当たり） |        |        |        |        |
| 自己負担額合計         | １，５５９円         | １，６９４円 | １，８２９円 | １，９６４円 | ２，０９９円 |

### 登別市介護予防・日常生活支援総合事業

#### ◎第１号通所事業通所介護

（月額）

|                | 要支援１                 | 要支援２                 |
|----------------|----------------------|----------------------|
| サービス利用に係る自己負担額 | ２，１０３円               | ４，１９０円               |
| 食費に係る自己負担額     | １日 ６９０円（１食当たり）       |                      |
| 自己負担額合計        | 2,103 円+（690 円×利用回数） | 4,190 円+（690 円×利用回数） |

#### ◎第１号通所事業通所型サービスＡ

|                | 要支援１                                                                        | 要支援２                                                                        |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| サービス利用に係る自己負担額 | ３６８円／回（月３回まで）                                                               | ３７７円／回（月７回まで）                                                               |
|                | １，４７４円／月（月４回以上）                                                             | ３，０２２円／月（月８回以上）                                                             |
|                | 加算：１２８円／月                                                                   | 加算：２１６円／月                                                                   |
| 食費に係る自己負担額     | １日 ６９０円（１食当たり）                                                              |                                                                             |
| 自己負担額合計        | （月３回まで）<br>368 円×利用回数+128 円+（690 円×利用回数）<br>（月４回以上）<br>1,602 円+（690 円×利用回数） | （月７回まで）<br>377 円×利用回数+216 円+（690 円×利用回数）<br>（月８回以上）<br>3,238 円+（690 円×利用回数） |

地域密着型通所介護

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>※要介護 1</p> <p>サービス内容略称 地域通所介護 4 1</p> <p>算定単位 1 回 6 7 8 単位</p> <p>※要介護 2</p> <p>サービス内容略称 地域通所介護 4 2</p> <p>算定単位 1 回 8 0 1 単位</p> <p>※要介護 3</p> <p>サービス内容略称 地域通所介護 4 3</p> <p>算定単位 1 回 9 2 5 単位</p> <p>※要介護 4</p> <p>サービス内容略称 地域通所介護 4 4</p> <p>算定単位 1 回 1, 0 4 9 単位</p> <p>※要介護 5</p> <p>サービス内容略称 地域通所介護 4 5</p> <p>算定単位 1 回 1, 1 7 2 単位</p> | <p>※地域通所介護個別機能訓練加算 I イ</p> <p>算定単位 1 回 5 6 単位</p> <p>※地域通所介護入浴介助加算 I</p> <p>算定単位 1 回 4 0 単位</p> <p>※地域通所介護サービス提供体制加算 I</p> <p>算定単位 1 回 2 2 単位</p> <p>※科学的介護推進体制加算</p> <p>算定単位 1 月 4 0 単位</p> <p>※口腔機能向上加算</p> <p>算定単位 1 月 1 5 0 単位(月 2 回まで)</p> <p>※地域通所介護送迎減算</p> <p>算定単位 片道につき - 4 7 単位</p> <p>※地域通所介護処遇改善加算 I</p> <p>算定単位 1 ヶ月の利用単位合計に 9 2 / 1 0 0 0 単位乗じて出た単位を加算します。</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

第 1 号通所事業通所介護

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>※要支援 1</p> <p>サービス内容略称 通所型独自サービス 1</p> <p>算定単位 1 月 1, 7 9 8 単位</p> <p>※科学的介護推進体制加算</p> <p>算定単位 1 月 4 0 単位</p> <p>※通所型独自サービス提供体制加算 I (要支援 1 の方)</p> <p>算定単位 1 月 8 8 単位</p> <p>※口腔機能向上加算</p> <p>算定単位 1 月 1 5 0 単位</p> <p>※通所型独自サービス処遇改善加算 I</p> <p>算定単位 1 ヶ月の利用単位合計に 92/1000 乗じて出た単位を加算します。</p> | <p>※要支援 2</p> <p>サービス内容略称 通所型独自サービス 2</p> <p>算定単位 1 月 3, 6 2 1 単位</p> <p>※科学的介護推進体制加算</p> <p>算定単位 1 月 4 0 単位</p> <p>※通所型独自サービス提供体制加算 I (要支援 2 の方)</p> <p>算定単位 1 月 1 7 6 単位</p> <p>※口腔機能向上加算</p> <p>算定単位 1 月 1 5 0 単位</p> <p>※通所型独自サービス処遇改善加算 I</p> <p>算定単位 1 ヶ月の利用単位合計に 92/1000 乗じて出た単位を加算します。</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

第 1 号通所事業通所型サービス A

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>※要支援 1 (月 3 回まで) 通所型サービス A / 1 回数</p> <p>算定単位 1 回 3 6 8 単位</p> <p>※要支援 1 (月 4 回以上) 通所型サービス A / 1</p> <p>算定単位 1 月 1, 4 7 4 単位</p> <p>※通所型サービス A ・サービス提供体制加算 I (要支援 1 の方)</p> <p>算定単位 1 月 8 8 単位</p> <p>※科学的介護推進体制加算</p> <p>算定単位 1 月 4 0 単位</p> | <p>※要支援 2 (月 7 回まで) 通所型サービス A / 2 回数</p> <p>算定単位 1 回 3 7 7 単位</p> <p>※要支援 2 (月 8 回以上) 通所型サービス A / 2</p> <p>算定単位 1 月 3, 0 2 2 単位</p> <p>※通所型サービス A ・サービス提供体制加算 I (要支援 2 の方)</p> <p>算定単位 1 月 1 7 6 単位</p> <p>※科学的介護推進体制加算</p> <p>算定単位 1 月 4 0 単位</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## あなた様の通所介護利用料（1回の利用につき）

| 介護保険1割負担額 |   | 食費                | 1回利用した場合の自己負担合計金額 |
|-----------|---|-------------------|-------------------|
| 介護度＝      | 円 | 1日（1食当たり）<br>690円 | 円                 |

※ご契約者が、生保又は減免制度該当者の場合、1割負担額・食費が減免されますので、ご契約時にご説明致します。

## あなた様の第1号通所事業通所介護サービス利用料（1月の利用につき）

| 介護保険1割負担額 |   | 食費                     | 1月の自己負担合計金額（月 回利用の場合） |
|-----------|---|------------------------|-----------------------|
| 支援度＝      | 円 | 1日（1食当たり）<br>690円×利用回数 | 円                     |

※ご契約者が、生保又は減免制度該当者の場合、1割負担額・食費が減免されますので、ご契約時にご説明致します。

☆ご契約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金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、変更された額に併せて、ご契約者の負担額を変更します。

☆同一保険者内で居所を変えたことにより事業所を変更し、月の途中で利用又は終了した場合は、日割り計算になります。

### （2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者のご負担となります。

### <サービスの概要と利用料金>

#### ①介護保険給付の支給減額を超えるサービス

ご契約者及びご家族等の希望により、介護報酬設定上通常の利用時間とされる時間を超えてサービスを提供する場合に要する費用のうち、介護報酬を超える額

（1）時間延長サービス 延長1時間当たりの額は、厚生労働大臣が定める介護報酬の告示上の額を1時間当たりの額に割り換えた額となります。

（2）支給限度額を超えるサービス 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者のご負担となります。

#### ②食費.

ご契約者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

・1食当たり 690円

※当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

※ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただく事を原則としています。

(食事時間) 12:00～13:00

### ③複写物（写真）の交付

ご契約者は、サービス提供者についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物（写真）を必要とする場合（購入希望）には実費をご負担いただきます。

利用料金：1枚につき 30円

☆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、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明致します。

### (3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月毎に計算し、翌月10日頃までに請求し、ご契約者はこれを末日までに現金もしくは銀行振り込みにてお支払いください。

### (4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

△利用予定日の前にご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしく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、利用予定日の前日までに事業者申し出て下さい。

△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、他の利用可能期間又は日時をご契約者に提示して協議します。

## 6. サービス提供における事業者の義務（契約書第10条、第11条参照）

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全・確保やプライバシーの保護等に配慮する等、契約書第10条、第11条に規定される義務を負います。当事業所では、ご契約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ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全確保に配慮します。

②ご契約者の体調、健康状態等の必要な事項について、医師、看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。

③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物（コピー）を交付します。

④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。

但し、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。

⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約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）

但し、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

又、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得

ます。

## 7. サービス利用に関する留意事項

### (1) 相互に金銭及び物品の貸借をしないようにお願いします。

又、特に貴重品等のご持参しないようにご協力を願います。

### (2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第12条参照）

◇居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

◇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、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

◇当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことは認めません。

### (3) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

### (4) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診察や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診察・入院治療を保証するものではありません。

又、診察・入院治療を義務づけるものではありません。)

#### 協力医療機関

|         |                       |
|---------|-----------------------|
| 医療機関の名称 | 特定医療法人社団千寿会 三愛病院      |
| 所在地     | 登別市中登別町24番地12         |
| 診療科     | 精神科・神経科、内科、循環器科、消化器科等 |

#### 協力歯科医療機関

|         |                  |
|---------|------------------|
| 医療機関の名称 | 特定医療法人社団千寿会 三愛病院 |
| 所在地     | 登別市中登別町24番地12    |

## 8. 事故発生時の対応について（契約書第13条、第14条、第15条参照）

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

当施設において事業者の責任によりご契約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。

但し、その損害の発生について、ご契約者にも故意又は重大な過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 9. 非常災害時の対策（契約書第16条、第17条、第18条参照）

当法人の「防火管理規程」により対応し、協力病院でもある三愛病院との連携により非常時の体制に万全を期しています。

又、消防署への防災訓練計画書を提出し、その指導の基で防災に関し、常に職員に対し指導訓練を実施し、その体制の確立に努めています。

## 10. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日からご契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様とする。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に次のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第19条参照）

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①ご契約者が死亡した場合</li><li>②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合</li><li>③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合</li><li>④事業所の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合</li><li>⑤当事業所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</li><li>⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）</li><li>⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください。）</li></ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### （1）ご契約者からの解約・契約解除の申出（契約書第20条、第21条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>②ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）</li><li>③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約はできません）</li><li>④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サービスを実施しない場合</li><li>⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合</li><li>⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷付け、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</li></ul> |
| ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷付けた場合もしくは傷付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）事業者からの契約解除の申し出（契約書第22条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等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ご契約者による、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
- ③ご契約者が、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・信用等を傷付け、又は著しい不信行為を行う等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の一部が解約又は解除された場合（契約書第23条参照）

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに係わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助（契約書第19条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うように努めます。

## 11. 苦情の受付について（契約書第26条参照）

- (1) 当事業所における苦情は、面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受付します、尚、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

◎受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～18:00

◎苦情受付担当者 押切和哉（生活相談員）

◎苦情解決責任者 杉本泰伸（(特養・デイ) 緑風園管理者（施設長））

◎第三者委員 竹内芳郎 登別千寿会 監事（(職)84-2235）

伊奈綾 “ ”（(職)57-4580）

◎苦情解決の手順

◇利用者への通知

- ・各施設内への提示、パンフレットの配布により、苦情解決責任者は利用者に対して苦情解決責任者、苦情受付担当及び第三者委員の氏名・連絡先や苦情解決の仕組みについて周知します。

◇苦情の受付

- ・苦情受付担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。尚、第三者委員も直接苦情を受け付ける事ができます。
- ・苦情受付担当者は、利用者からの苦情受付に際し、次の条項を書面に記載しその内容について苦情申出人確認をします。

ア 苦情の内容

イ 苦情申出人の希望等

ウ 第三者委員への報告の要否

エ 苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの第三者委員の助言立会いの要否

◇苦情受付の報告・確認

- ・苦情受付担当者は受け付けた苦情は全て苦情解決責任者及び第三者委員に報告します。  
但し、苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合を除きます。
- ・投書など匿名の苦情については、第三者委員に報告し必要な対応を行います。
- ・第三者委員は、苦情受付担当者からの苦情内容の報告を受けた場合は、内容を確認するとともに、苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。

#### ◇苦情解決に向けての話し合い

- ・苦情解決責任者は苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。その際、苦情申出人又は苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員の助言を求めることができます。
  - ・第三者委員の立会いによる苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いは次のように行います。
    - ア 第三者委員による苦情内容の確認
    - イ 第三者委員による解決案の調整、助言
    - ウ 話し合いの結果や改善事項等の書面での記録と確認
- なお、苦情解決責任者も第三者委員の立会いを要請することができます。

#### ◇苦情解決の記録、報告

- ・苦情解決や改善を重ねることにより、サービスの質が高まり、運営の適正化が確保されます。  
これらを実行あるものとするため、記録と報告を積み重ねるようにします。
- ア 苦情受付責任者は、一定期間ごとに苦情受付から解決までの経過と結果について書面に記録します。
- イ 苦情受付責任者は、一定期間ごとに苦情解決結果について第三者委員に報告し、必要な助言を受けます。
- ウ 苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人及び第三者委員に対して、一定期間経過後報告します。

#### ◇解決結果の公表

- ・利用者によるサービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き「事業報告書」や「広報誌」等実績を掲載し公表します。

## (2) 行政機関その他苦情受付機関

当事業所で解決できない苦情等は、下記機関に申し立てることができます。

|                         |                                                                                                      |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 登別市役所<br>高齢・介護グループ      | 所在地 〒059-8701 登別市中央町6丁目11番地<br>電話番号及びFAX番号 ☎0143-85-5720<br>FAX0143-81-3293<br>受付時間 9時～17時30分        |
| 北海道国民健康保険団体連合会<br>苦情処理係 | 所在地 〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館内<br>電話番号 ☎011-231-5161<br>受付時間 9時～17時                              |
| 北海道福祉サービス運営適正化委員会       | 所在地 〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7 3階<br>電話番号及びFAX番号 ☎011-204-6310<br>FAX011-204-6311<br>受付時間 9時～17時 |

## 1 2. 第三者評価の実施状況について

|               |       |        |              |
|---------------|-------|--------|--------------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1. あり | 実施日    |              |
|               |       | 評価機関名称 |              |
|               |       | 結果の開示  | 1 あり    2 なし |
|               | 2. なし |        |              |

令和 年 月 日

指定居宅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。

デイサービスセンター緑風園

説明者職氏名 ソーシャルワーカー（生活相談員）

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、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所

(利用者)

氏名

印

代理人 住所

(立会人、ご家族等)

氏名

印

契約者とのご関係

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条及び第125条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。