

重要事項説明書

北見市北光デイサービスセンター

当事業所は利用者に対して指定通所介護又は介護予防・日常生活支援総合事業（通所介護相当サービス）（以下「通所介護サービス」という）を提供します。事業所の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人きたの愛光会
- (2) 法人所在地 北見市北光280番地7
- (3) 電話番号 0157-68-1165
- (4) 代表者名 理事長 関 建久
- (5) 設立年月 平成10年12月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所介護（通常規模型）
平成12年4月1日指定 北海道0175000215号
介護予防・日常生活支援総合事業（通所介護相当サービス）
平成30年4月1日指定 北見市
- (2) 事業所の目的 事業所は、介護保険法に従い利用者が有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族等の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的に、通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 北見市北光デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 北見市北光280番地7
- (5) 電話番号 080-2869-6696（直通1）
080-2869-6697（直通2）
0157-68-1165（代表）
- (6) 管理者 大栄 一裕
- (7) 事業所の運営方針
 - ア. 事業所において提供する通所介護サービスは、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。
 - イ. 利用者的人格を尊重し、常に利用者の立場に立った通所介護サービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に「通所介護計画」を作成することにより、利用者が必要とする適切な通所介護サービスを提供することとします。
 - ウ. 利用者及びその家族に対し、通所介護サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明することとします。
 - エ. 適切な介護技術を持って通所介護サービスを提供します。
 - オ. 常に提供した通所介護サービスの質の管理、評価を行います。
- (8) 開設日 平成12年3月1日（老人福祉法）
- (9) 営業日 月曜日～金曜日（但し、12月30日から1月3日を除く）
- (10) サービス提供時間 9：50～16：00
- (11) 実施地域 北見市（端野、留辺蘂、常呂を除く）
- (12) 定員 30名
- (13) 第三者評価の実施状況 実施無し

3. 事業所の設備等の概要

設備等の種類	室数	設備等の種類	室数
食堂兼機能訓練室	1室	機能訓練室	1室
浴室	一般浴槽・特殊浴槽	静養室	1室
相談室	1室		

4. 職員の配置状況

事業所では、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。

< 主な職員の配置状況 >

職 種	常勤者数	指定基準
・管理者 (兼務)	(1名)	(1名)
・生活相談員 (兼務)	(3名)	1名
・看護職員	2名	1名
・機能訓練指導員	1名	(1名)
・機能訓練指導員 (看護職員が兼務)	(2名)	
・介護職員	7名	4名

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

< 主な職員の勤務体制 >

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
2. 看護職員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

5. 事業所が提供する通所介護サービス

(1) サービスの概要

- 1) 送 迎 車椅子が乗車可能な車両等を運行します。
- 2) 食 事 管理栄養士(栄養士)が作成する献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- 3) 入 浴 入浴又は清拭を行います。身体状況に合わせ機械浴槽を使用して入浴することができます。
- 4) 生活相談 利用者及びその家族等の介護に関する相談など、日常生活全般に関する相談をお受けします。
- 5) 機能訓練 利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を円滑に過ごすため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。

(2) 通所介護計画

利用する曜日や内容等については、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画及び介護予防・生活支援サービス計画(以下「ケアプラン」という。)に沿いながら利用者及びその家族等と協議の上決定し、通所介護計画又は介護予防サービス計画や通所介護相当サービス計画(以下「通所介護計画」という。)を作成します。なお、利用者の状態の変化、ケアプランに位置づけられた目標の達成度などを踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

6. サービス利用料金

次の料金表によって、利用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:介護保険負担割合証に記載されている負担割合)をお支払いいただきます。(サービスの利用料金は、利用者の要介護度及び介護保険負担割合証に応じて異なります。)

< 介護保険給付対象サービス >

(1) 通所介護費(要介護1~5の方)(所要時間6時間以上7時間未満)

要介護度	一日あたりの 利用料金	一日あたりの自己負担額		
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要介護1	5,840円	584円	1,168円	1,752円
要介護2	6,890円	689円	1,378円	2,067円
要介護3	7,960円	796円	1,592円	2,388円
要介護4	9,010円	901円	1,802円	2,703円
要介護5	10,080円	1,008円	2,016円	3,024円

ア. 利用者が法定代理受領サービスに該当しない指定通所介護を利用した場合は、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。その際、提供した指定通所介護の内容、費用その他必要と認められる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

イ. 介護保険からの給付額に変更があった場合及び要介護度に変更があった場合並びに介護保険負担割合に変更があった場合には、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

(2) 通所介護相当サービス費（事業対象者の方・要支援1・2の方）

○通所介護相当サービス

対象者	利用回数	単位	自己負担額		
			負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
事業対象者 要支援1	月3回まで	回数	436円	872円	1,308円
	上記回数を超える場合	月額	1,798円	3,596円	5,394円
	日割り要件に該当する場合	日割	59円	118円	177円
要支援2	月7回まで	回数	447円	894円	1,341円
	上記回数を超える場合	月額	3,621円	7,242円	10,863円
	日割り要件に該当する場合	日割	119円	238円	357円

* 通常、1回あたりの負担額を用い算定しますが、月の利用回数がそれぞれ定められている利用回数を超える場合は月額の負担額となります。

○ 月額が日割りの負担額になる場合

・月途中で介護度等が変更された場合は、それぞれの介護度等に応じた負担額を用いて算定します。その際、月の合計利用回数が7回までの場合は回数ごとの単位数で算定し、7回を超える場合は日割りで算定します。

月額（1月につき）の日割り算定に係る事由

開始	終了	起算日
区分変更（要支援1⇔要支援2） 区分変更（事業対象者→要支援）	区分変更（要支援1⇔要支援2） 区分変更（事業対象者→要支援）	変更日
区分変更（要介護→要支援） サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） 事業開始（指定有効期間開始） 事業所指定効力停止の解除	区分変更（事業対象者→要介護） 区分変更（要支援→要介護） サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） 事業廃止（指定有効期間満了） 事業所指定効力停止の開始	開始：契約日 終了：契約解除日 廃止・満了日 開始日
利用者との契約開始	利用者との契約解除	開始：契約日 終了：契約解除日
介護予防特定施設入居者生活介護又は 介護予防認知症対応型共同生活介護の退居（※1）	介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居（※1）	開始：退去日の翌日 終了：入居日の前日
介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除（※1）	介護予防小規模多機能型居宅介護の利用書の登録開始（※1）	開始：契約解除の翌日 終了：サービス提供日の前日
介護予防短期入所生活介護の退所（※1）	介護予防短期入所生活介護の入所（※1）	開始：退所日の翌日 終了：入所日の前日
介護予防短期入所療養介護の退所・退院（※1）	介護予防短期入所療養介護の入所・入院（※1）	開始：退所・退院日 又は退所・退院日の前日 終了：入所・入院日 又は入所・入院日の前日

公費適用の有効期間開始	公費適用の有効期間終了	開始：開始日
		終了：終了日
生保単独から生保併用への変更（65歳になって被保険者資格を取得した場合）		資格取得日

1月の算定回数により月額（1月につき）の単位数を使用する場合で、表の月途中の事由に該当する場合は、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間（※）に応じた日数による日割りとなります。（日割りの負担額×サービス算定対象日数）

なお、加算（1月につき）に対する日割り計算は行いません。

※サービス算定期間 月の途中に開始した場合は、『起算日』から月末までの期間

月の途中に終了した場合は、月初から『起算日』までの期間

※1 利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。

なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。

※2 終了の起算日は、引き続き月途からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

(3) 通所介護費に係る加算（要介護1～5の方）

加算項目	加算額	自己負担額		
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
入浴介助加算（Ⅰ）	400円/日	40円	80円	120円
入浴介助加算（Ⅱ）	550円/日	55円	110円	165円
中重度者ケア体制加算	450円/日	45円	90円	135円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1,000円/月	100円	200円	300円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2,000円/月	200円	400円	600円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	560円/日	56円	112円	168円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	760円/日	76円	152円	224円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	200円/月	20円	40円	60円
ADL維持等加算（Ⅰ）	300円/月	30円	60円	90円
ADL維持等加算（Ⅱ）	600円/月	60円	120円	180円
ADL維持等加算（Ⅲ）	30円/月	3円	6円	9円
認知症加算	600円/日	60円	120円	180円
若年性認知症利用者受入加算	600円/日	60円	120円	180円
栄養アセスメント加算	500円/月	50円	100円	150円
栄養改善加算	2,000円/回	200円	400円	600円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	200円/回	20円	40円	60円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	50円/回	5円	10円	15円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,500円/回	150円	300円	450円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,600円/回	160円	320円	480円
科学的介護推進体制加算	400円/月	40円	80円	120円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220円/回	22円	44円	66円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	180円/回	18円	36円	54円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	60円/回	6円	12円	18円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	基本料金と各種加算の合計額の9.2%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。			
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	基本料金と各種加算の合計額の9.0%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。			
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	基本料金と各種加算の合計額の8.0%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。			
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	基本料金と各種加算の合計額の6.4%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。			

※入浴介助加算は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定します。また、医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境の評価を行い、福祉用具の購入等の助言を行うとともに、個別の入浴計画を作成し入浴介助を

行った場合に算定します。

- ※中重度者ケア体制加算は、中重度の要介護者が社会性の維持を図り在宅生活の継続を目指したケアを計画的に実施できる体制を整えている場合に算定します。
- ※生活機能向上連携加算は、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション事業所もしくは医療提供施設の理学療法士等が当事業所を訪問し、当事業所の機能訓練指導員等と共同で利用者の状況の評価及び個別機能訓練計画を作成し、これに基づいた機能訓練を提供した場合に算定します。また、計画の進捗状況は3月ごとに評価し、必要に応じて訓練の内容等を見直します。
- ※個別機能訓練加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定通所介護事業所の理学療法士等が多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行っている場合に算定します。
- ※ADL維持等加算は、一定期間に当事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合に算定します。
- ※認知症加算は、認知症の利用者に認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施する体制を整えている場合に算定します。
- ※若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に指定通所介護を行った場合に算定します。
- ※栄養アセスメント加算は、事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を配置して利用者ごとに、管理栄養士等が共同して栄養アセスメントを行い、その結果を説明し相談等に応じた場合に算定します。
- ※栄養改善加算は、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して低栄養状態の改善を目的として、個別に栄養食事相談等の栄養管理を行った場合に算定します。
- ※口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の「口腔の健康状態」又は「栄養の状態」のスクリーニングを行った場合に算定します。
- ※口腔機能向上加算は、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として清掃の指導若しくは実施、又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施した場合に算定します。
- ※科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出しているとともに、必要に応じて介護計画を見直すなど介護の提供に当たって当該情報を要項に活用している場合に算定します。
- ※サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対して通所介護を行った場合に算定します。
- ※介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められた加算です。（区分支給限度基準額の対象外となります。）

(4) 通所介護相当サービス費に係る加算（事業対象者の方・要支援1・2の方）

加算項目	加算額	自己負担額			
		負担割合 1割	負担割合 2割	負担割合 3割	
生活機能向上グループ加算	1,000円/月	100円	200円	300円	
若年性認知症利用者受入加算	2,400円/月	240円	480円	720円	
栄養アセスメント加算	500円/月	50円	100円	150円	
栄養改善加算	2,000円/月	200円	400円	600円	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,500円/月	150円	300円	450円	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,600円/月	160円	320円	480円	
一体的サービス提供加算	4,800円/月	480円	960円	1,440円	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	事業対象者 要支援1	880円/月	88円	176円	264円
	要支援2	1,760円/月	176円	352円	528円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	事業対象者 要支援1	720円/月	72円	144円	216円
	要支援2	1,440円/月	144円	288円	432円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	事業対象者 要支援1	240円/月	24円	48円	72円
	要支援2	480円/月	48円	96円	144円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	3月に1回 1,000円/月	100円	200円	300円	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2,000円/月	200円	400円	600円	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	6月に1回 200円/回	20円	40円	60円	

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	50円／回	5円	10円	15円
科学的介護推進体制加算	400円／月	40円	80円	120円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	基本料金と各種加算の合計額の9.2%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。			
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	基本料金と各種加算の合計額の9.0%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。			
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	基本料金と各種加算の合計額の8.0%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。			
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	基本料金と各種加算の合計額の6.4%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。			

※生活機能向上グループ加算は、利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合に算定します。

※若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に指定通所介護を行った場合に算定します。

※栄養アセスメント加算は、事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を配置して利用者ごとに、管理栄養士等が共同して栄養アセスメントを行い、その結果を説明し相談等に応じた場合に算定します。

※栄養改善加算は、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して低栄養状態の改善を目的として、個別に栄養食事相談等の栄養管理を行った場合に算定します。

※口腔機能向上加算は、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として清掃の指導若しくは実施、又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施した場合に算定します。

※一体的サービス提供加算は、栄養改善サービスおよび口腔機能向上サービスを実施した場合に算定します。

※事業所評価加算は、選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、口腔機能向上サービス）を行う総合事業の事業所について、効果的なサービス提供を評価する観点から、評価対象となる期間（各年の1月から12月までの期間）において、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価対象期間の翌年度において算定します。

※サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対して通所介護を行った場合に算定します。

※生活機能向上連携加算は、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション事業所もしくは医療提供施設の理学療法士等が当事業所を訪問し、当事業所の機能訓練指導員等と共同で利用者の状況の評価及び個別機能訓練計画を作成し、これに基づいた機能訓練を提供した場合に算定します。また、計画の進捗状況は3月ごとに評価し、必要に応じて訓練の内容等を見直します。

※口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の「口腔の健康状態」又は「栄養の状態」のスクリーニングを行った場合に算定します。

※科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出しているとともに、必要に応じて介護計画を見直すなど介護の提供に当たって当該情報を有効に活用している場合に算定します。

※介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められた加算です。（区分支給限度基準額の対象外となります。）

< 介護保険給付対象外サービス >

(5) 食費 食材料費及び調理費用 一食 600円

※ 食事をお召し上がりにならなかった場合でも食費を頂くこともございます。

(6) おむつ代 実費

(7) 複写物の交付

入所者及びその家族は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧することができます。また、複写物を必要とする場合には当法人の個人情報規程に準じて実費をご負担いただきます。

(8) レクリエーション等教材費 実費

(9) その他

事業所で提供される通所介護サービスのうち、日常生活において通常個別に必要となるものの実費については、利用者にご負担いただきます。

(10) 支払方法

前記（1）から（9）に係る料金は、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月の末日までに、下記のアからウの方法の中から選択のうえ、お支払い下さい。

<p>ア. 自動引き落とし 指定金融機関：ゆうちょ銀行 引き落とし日：毎月27日 ※引き落とし日が休業日の場合は、翌営業日になります。</p>
--

イ. 下記指定口座への振り込み 北見信用金庫 本店 普通預金 口座番号0943870 口座名義 社会福祉法人きたの愛光会 ウ. 窓口（法人事務所）での現金支払
--

7. 通所介護サービスの利用方法

(1) 通所介護サービス利用開始

事業所は、利用者に係るケアプランが作成されていない利用者に対して、地域包括支援センターや居宅介護支援事業者の紹介を行い、通所介護サービスの提供を開始します。

※「ケアプラン」の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 通所介護サービスの中止・変更

利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止・変更する場合には、サービス利用日の前日までに事業所に申し出て下さい。ただし、利用希望日が利用定員を上回る場合には、希望に添えない場合がございます。

(3) 通所介護サービス利用を取り止めする場合（契約の終了について）

1) 契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続して通所介護サービスを利用することができますが、次の事項のいずれかに該当する場合は、事業所との契約は終了します。

ア. 利用者が死亡した場合

イ. 介護保険施設に入所（居）した場合

ウ. 要介護認定及び基本チェックリストで非該当（自立）により利用者の心身の状況が非該当（自立）と判定された場合

エ. 事業所が解散した場合、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

オ. 事業所の施設・設備の滅失や重大な毀損により通所介護サービスの提供が不可能になった場合

カ. 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

キ. 利用者から契約解約の申し出た場合

ク. 事業所から契約解約を申し出た場合

(4) 利用者からの契約解約の申し出

本契約の有効期間であっても、利用者から利用契約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、次の場合には、即時に契約を解約することができます。

ア. 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

イ. 事業所の運営規程の変更に同意できない場合

ウ. 利用者が入院された場合

エ. 利用者のケアプランが変更された場合

オ. 事業所又はその職員が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを提供しない場合

カ. 事業所又はその職員が守秘義務に違反した場合

キ. 事業所又はその職員が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、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

ク. 他の利用者が利用者の身体・財物・信用等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、事業所が適切な対応をとらない場合

(5) 事業者からの契約解約の申し出

次の事項に該当する場合には、本契約を解約させていただくことがあります。

ア. 利用者及びその家族等が、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た場合

イ. 利用者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、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

ウ. 利用者が、故意又は重大な過失により事業所又はその職員及び他の利用者の生命・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

(6) 契約の終了に伴う支援

契約が終了する場合には、利用者の心身の状況、置かれている生活環境等を勘案し、必要な支援を行うよう努めます。

8. 通所介護サービス利用の留意事項

(1) 送迎時間の連絡

契約時にご案内します。

(2) 体調確認

通所時に血圧、体温、脈拍測定を行います。

(3) 体調不良等による通所介護サービスの中止又は変更

ア. 風邪、病気の際は通所介護サービスの提供をお断りすることがあります。

イ. 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、通所介護サービス内容を中止又は変更することがあります。その場合、当該利用者の家族等に連絡の上、適切に対応します。

ウ. 利用中に体調が悪くなった場合、通所介護サービスを中止することがあります。その場合、当該利用者の家族等に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医または歯科医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

エ. 食事の変更

体調不良等による食事内容の変更は、当日の朝までお受けします。

(4) 利用日の変更

利用者の希望する利用日が定員を超えて利用して頂けない場合、他の利用可能日を利用者及びその家族等に提示して協議するものとします。

(5) 身体拘束の廃止・虐待防止

ア. 事業所は、利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為は行いません。

ただし、利用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、記録に記載するなど適正な手続きにより身体拘束等を行う場合もあります。

イ. 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、虐待防止に関する責任者を定め、事業所における虐待防止に必要な体制整備を行います。

(6) 施設内での火気の使用及び喫煙はできません。

9. 事故発生時の対応について

(1) 事業所の通所介護サービスの提供時に事故が発生した場合は、利用者の家族等、関係都道府県及び市町村、居宅介護支援事業所(介護予防支援事業所)等に連絡すると共に必要な措置を講ずるものとします。

(2) 事故の状況及びその後の措置の記録を行うものとします。

(3) 事業所は、利用者に対する通所介護サービスの提供により発生した事故について、その内容の検証を行い、再発防止対策を講ずるものとします。

10. 苦情及び相談の受付

(1) 事業所に係る苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受付けるための窓口を設置しています。苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

また、苦情受付ボックスを「当事業所玄関」に設置しています。

※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。

○苦情受付窓口(担当者) [職名] 生活相談員 [氏名] 加納 集

- 受付時間 月曜日から金曜日（12月30日～1月3日は除く）
8：30～17：30
- 電話番号 080-2869-6696（直通1）
080-2869-6697（直通2）

(2) 事業所による解決を望まない場合、又は当事者間の話し合いが困難な場合は、以下の行政機関等に申し出ることもできます。

北見市保健福祉部介護福祉課	所在地 北見市大通西3丁目1番地1 電話番号 (0157) 25-1144 FAX (0157) 26-6323
北海道福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条7丁目 北海道社会福祉総合センター (かでの2・7) 5階 電話番号 (011) 204-6310 FAX (011) 204-6311
北海道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 6階 電話番号 (011) 231-5171 FAX (011) 233-2178

(3) 苦情を受付けた場合には、苦情内容及びその後の措置の内容を記録します。

11. 連帯保証人

連帯保証人は、利用者と連帯して、利用者の債務を負担するものとする。

利用者.....の通所介護サービスの提供開始にあたり、契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明をしました。

説明者 住所 北見市北光280番地7
事業所名 社会福祉法人きたの愛光会
北見市北光デイサービスセンター
職名 生活相談員
氏名^印

私は、契約書及び本書面に基づいて、重要事項の説明を受け通所介護サービス等の提供開始に同意しました。

利用者 住所
記入欄 氏名^印

代筆者名 (本人署名が困難な場合)^印
(続柄)

代筆の理由

同意者 住所
記入欄 氏名^印
(続柄等)