

医療法人 喬成会

石狩ふれあい・ほっと館介護センター通所介護事業所

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

事業所番号(0177600798)

様

指定通所介護
介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業
(令和7年4月1日現在)

1. 事業者の概要

事業所名称	医療法人 喬 成 会
事業所の所在地	石狩市花川南7条5丁目2番地
法人種別	医療法人 喬 成 会
代表者名	理事長 生駒 一憲
電話番号	0 1 3 3 - 7 3 - 5 3 1 2
設 立 年 月	昭和6 0 年 1 0 月

2. 事業所の概要（事業所の名称等）

事業所名称	石狩ふれあい・ほっと館介護センター通所介護事業所
所在地	石狩市花川南7条4丁目376番1
電話番号	0 1 3 3 - 7 3 - 5 3 1 2
FAX番号	0 1 3 3 - 7 2 - 5 1 1 5
管理者	所長 岸 上 明 裕
介護保険事業者番号	指定通所介護事業所（0177600798）
開設年月日	平成2 7 年 1 2 月 1 日
利用定員	3 4 名

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常事業の実施地域 札幌市北区・手稲区・石狩市にお住まいの方
(2) 営業日及び営業時間 (通所介護等)

営業日	月曜日から土曜日（定休日：日曜日） 年末年始12月29日～1月3日をのぞく
受付時間	8：00～17：00

サービス提供時間	8 : 4 5 ~ 1 5 : 5 0
----------	---------------------

4. 職員の配置状況

当事業所では、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。

<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。

通所介護

	常 勤	非常勤	指定基準
事業所長（管理者）	1（兼務）		1名
介護員	8		4.8名
看護職員	1（兼務）	1（兼務）	1名
生活相談員	1		1名
機能訓練指導員	1（兼務）		1名

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
事業所長（管理者）	勤務時間（平日）月～金 8 : 4 5 ~ 1 7 : 1 5 ☆ 作業療法士との兼務をしています
介護員	勤務時間 8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 ☆ 原則として職員1名あたり利用者15名にサービス提供をします
看護職員	勤務時間 8 : 4 5 ~ 1 7 : 1 5 ☆ 原則として1名の看護職員が勤務しています
生活相談員	勤務時間（平日）月～金 8 : 4 5 ~ 1 7 : 1 5 ☆ 原則として1名の相談員が勤務します
機能訓練指導員	勤務時間 8 : 4 5 ~ 1 7 : 1 5 ☆ 原則として1名の機能訓練指導員が勤務します

☆土曜日は上記と異なります

5. 緊急時の対応（契約書第5条参照）

サービス提供時、緊急を要する場合はご家族への連絡より先に救急搬送する場合があります。

6. 苦情の受付について（契約書第12条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

苦情受付窓口（担当）	管理者 岸 上 明 裕
受付時間	毎週（平日）月曜日～金曜日 8 : 4 5 ~ 1 7 : 1 5
電話	0 1 3 3 - 7 3 - 5 3 1 2
F A X	0 1 3 3 - 7 2 - 5 1 1 5

（2）苦情処理の方法

苦情受付担当者は、ご利用者から苦情を随時受付します。その事項を書面に記入し、苦情申し出人に確認します。

(3) 行政機関その他苦情受付期間

石狩市高齢者支援課	0 1 3 3 - 7 2 - 6 1 2 1
北海道国民健康保険団体連合会	0 1 1 - 2 3 1 - 5 1 6 1

7. 第三者評価

当事業所は、指定サービス及び指定介護予防サービス等に関する基準について(抄)(平成11年9月17日老企第25号厚生労働省老人保健福祉局企画課長通知)に基づき、提供するサービス評価を受けています。

実施した評価の機関名	株式会社 マルシェ
実施の有無(実施日)	平成 31年 1月 23日
評価開示状況	厚生労働省ホームページ(介護公表システム内)

8. 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。

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(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(通常9割)が介護保険から給付されます。

(ただし、ご契約者様により利用料金の7割または8割が介護保険から給付される場合があります。)

<サービスの概要>

①入浴

- ・入浴又は清拭を行います。一般の浴槽へ入れない方も機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

- ・ご利用者の排泄の介助を行います

③機能訓練

- ・ご利用者の希望により、理学療法士・作業療法士によりご利用者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回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④送迎サービス

- ・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

<サービス利用料金>(契約書第8条参照)※別紙参照

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を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。)

※ 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全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は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) 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、ご利用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は、変更された額に合わせてご利用者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の負担になります。

- 1 食事（居宅サービス計画において、食事の提供が予定されている方に限ります）
 - ・ 当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により栄養並びにご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
 - ・ ご利用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ことを原則としています。
 - ・ 食事時間；12：10～30分程度
 - ・ 料金；1回あたり 800円（昼食・おやつ）
 - ・ 栄養、衛生管理上、お弁当等の持込みはご遠慮いただきます。
- 2 レクリエーション・クラブ活動
ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。
利用料金； 材料費等の実費をいただきます。
- 3 日常生活用品
入浴時にかかわる、バスタオル・フェイスタオル・シャンプー・ボディーソープ等レンタル用品代をいただきます。
- 4 おむつ代（実費）
おむつ等は、自宅からご持参していただきますが緊急時など、当施設のものをご利用していただきます。おむつの種類等により実費をご負担いただきます。

- ※ 物価の急激な高騰等やむを得ない事由がある場合には、利用料金を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、変更する1ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算しご請求させていただきます。翌月10日前後までに請求書作成しお渡し致します。以下の方法でお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第10条参照）

・ 現金

ご利用の際に料金をお渡しいただく場合は、お手数ではございますが封筒に日付・利用者氏名・金額を記載し必ず密封して送迎職員へ手渡しいただきますようお願いいたします。

- ・ 下記指定口座への振込（振込手数料は各自でご負担いただきます）

振込先：北洋銀行 花川北支店(普)3226448

医療法人喬成会 石狩ふれあい・ほっと館介護センター

- ・ 口座振替サービス

ご利用者が指定する金融機関から自動引き落としとなります。

名義は『ご利用者名』でも『ご家族名』でもかまいません

- ・ 利用予定日の前に、ご利用者の都合により通常介護等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。

- ・利用予定日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、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。

①利用日の前営業日午後３時までのご連絡いただいた場合	無料
②利用日当日のご連絡	８００円

- ・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ご利用者に提示して協議します。

９、当事業所の取り組み

（１）非常災害対策

- ・事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。
- ・事業所は、防災計画に基づき、年２回、利用者及び従業員等の避難、救出その他必要な訓練を行います。

（２）業務継続計画

- ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定しています。
- ・業務継続計画の研修と訓練を実施しています。

（３）感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策

- ・事業所において、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策委員会を組織しています。
- ・感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ・感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修と訓練を実施しています。

（４）虐待防止のための対策

- ・虐待の発生又はその再発を防止するため、事業所における虐待の防止のための委員会を組織しています。
- ・虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待の防止のための指針を整備しています。
- ・虐待の発生又はその再発を防止するため、定期的に研修を実施しています。
- ・虐待の発生又はその再発を防止担当者：事業所長 岸上明裕

（５）身体拘束等の適正化の措置

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行わない。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。

通所介護・日常生活支援総合事業ご利用にあたって

石狩ふれあい・ほっと館介護センター通所介護事業所では、ご利用者の病状等が急変した場合、その他専門的な治療が必要になった場合には、速やかにご家族様及び主治医に連絡をいたします。

定期受診病院（かかりつけ医）

•	病院 (	科)
•	病院 (	科)
•	病院 (	科)

- 急変時は、当事業所へ一任します。

令和 年 月 日

上記の内容について同意をします。

ご本人氏名 印

ご家族氏名 印

別紙2)

当法人における個人情報の利用目的

◎ 医療・看護・介護提供

- ・ 当法人での医療・看護・介護サービスの提供
- ・ 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護サービス事業者、社会福祉施設等との連携
- ・ 他の医療機関等からの照会への回答
- ・ 当法人をご利用の方の診察のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・ 検体検査業務の委託その他の業務委託
- ・ ご家族等への病状説明
- ・ その他、当法人をご利用の方への医療・看護・介護提供に関する利用

◎ 診療費請求のための事務

- ・ 当法人での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
- ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ・ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ・ その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する診療費・介護報酬請求のための利用

◎ 当法人の管理運営業務

- ・ 会計・経理
- ・ 医療・介護事故、苦情処理等の報告
- ・ 当法人をご利用の方への医療・看護・介護サービスの向上
- ・ 入退院、入退所等の病棟・療養棟管理
- ・ その他、当法人の管理運営業務に関する利用

◎ 企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知

◎ 医師賠償責任保険などに係る、医療・介護に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

◎ 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

◎ 当法人内において行われる医療・看護・福祉実習への協力

◎ 医療・看護・介護の質の向上を目的とした当法人内での症例研究

◎ 外部監査機関への情報提供

付記

- 1 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出下さい。
- 2 お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

別紙3)

石狩ふれあい・ほっと館介護センター通所介護事業所

情報提示同意書

私、及び私の家族は、介護保険に関連して、地域包括支援センターや介護予防サービス事業者、介護保険施設等の関係者から要請のあった場合、あるいは、サービス担当者会議において要請のあった場合、私の石狩ふれあい・ほっと館介護センター通所介護事業所の情報を関係者に報告、提示することに同意します。

また、個人情報の取り扱いについて同意いたします。

- | | | | |
|---------------------------------------|----|---|-----|
| ・ 個人情報の利用目的に同意します。 | はい | ・ | いいえ |
| ・ 法人での作成ホームページ・ブログ
勉強会 等(SNS含む)に使用 | はい | ・ | いいえ |
| ・ 施設内での、写真や名前の掲示 | はい | ・ | いいえ |

年 月 日

本人署名 _____ 印

家族署名 _____ 印

指定通所介護利用同意書

医療法人 喬成会 石狩ふれあい・ほっと館介護センター通所介護事業所を利用す

るにあたり、重要事項、及び別紙1（利用料金表）、別紙2（個人情報の利用目的）、別紙3（個人情報保護に関する確認書）を受領または確認し、これらの内容に関して これらを充分理解した上で同意します。

上記の内容について説明をいたしました。

医療法人喬成会 石狩ふれあい・ほっと館介護センター通所介護事業所

説明者 _____ 印

令和 年 月 日

医療法人喬成会 石狩ふれあい・ほっと館介護センター通所介護事業所
所長 岸 上 明 裕 様

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<利用者家族>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

【請求書の送付先】

氏 名	
住 所	
電話番号	