

地域活動支援センターすみれ
利用契約書・重要事項説明書

医療法人社団 誠仁会

____様(以下「利用者」といいます)と地域活動支援センターすみれ(以下「事業者」といいます)は、事業者が利用者に対して行うサービスについて、次のとおり契約します。

第1条(契約の目的)

事業者は、利用者に対し障害者自立支援法の趣旨に従い、その有する能力に応じ、利用者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるようサービスを提供します。一方、利用者は事業者に対しそのサービスに対する料金を支払います。

第2条(契約期間)

本契約の有効期間は、契約締結の日から1年間とします。但し、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとし、以後も同様とします。

第3条(利用料金)

事業者は、利用月ごとの利用料等の請求書を、翌月 10 日以降に契約者に届ける。また、利用者は、その請求書に基づいて、定められた方法で翌月の末日までに利用料を事業者を支払うものとします。

第4条(利用料金の変更)

事業者は、利用者に対して1ヶ月前までに文書で通知することにより、利用料及び食費等の単価の変更を申し入れることができます。利用者が、料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく契約書別紙を作成し、お互いに取り交わします。利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

第5条(契約の終了)

利用者は、事業者に対し、1週間の予告期間において文書で通知をすることにより、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変・急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解除することができます。尚、利用者は、解約する旨を速やかに事業者に連絡するものとします。

事業者は、利用者に対し次の事由に該当した場合、この契約を解除することができます。

- ① 利用者のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上滞納し、その支払いを催促したにもかかわらず30日以内に支払われない場合。
- ② 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合。または、利用者の入院もしくは病気等により3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。
- ③ 利用者または、その家族が事業者やサービス従事者または他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
- ④ 天災・災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができなくなった場合。

次の事由に該当した場合、この契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が死亡した場合。
- ②

第6条(秘密保持)

1 事業者とその職員は、業務上知り得た利用者又は代理人のもしくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、事業者は、利用者及び代理人から、予め同意を得た上で行うこととします。

- ① サービスの利用のための市町村への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- ② サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。尚、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

第7条(緊急時の対応)

事業所は、現にサービスの提供を行っているときに、利用者の症状の急変が生じた場合、その他必要な場合、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医もしくは協力医療機関又は歯科医療機関に連絡を取る等必要な措置を講じます

第8条(要望又は苦情の対応)

事業者は、利用者からの要望、苦情等に対応する窓口を設置し、サービスに関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。

第9条(賠償責任)

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

第10条(その他留意事項)

- 1 職員が業務として付添いをしない、利用者個人の外出の際には所定の様式にて届け出をして下さい。
尚、その際の事故については、施設として責任は負いません。
- 2 他の利用者・ご家族・職員に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動等をご遠慮願います。
- 3 ご利用者が感染症等にかかった場合、他の利用者への感染を防止するため、感染の種類によって利用の規制措置等をとることがあります。また、当事業所外でインフルエンザ等の感染症が流行している場合感染防止の為、利用等を規制することがあります。
- 4 貴重品の管理についてはいたしかねます。紛失等されてもその責任は負いません
- 5 当事業所へのペットの持ち込みはお断りします。

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者・事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

平成 年 月 日

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

代理人 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

利用者との関係(_____)

事業者 住 所 札幌市北区北 23 条西4丁目2-23 プレイス 24
氏 名 医療法人社団 誠仁会
理事長 西園 康文 (印)

重要事項説明書

(平成 27 年4月1日現在)

1. 事業者概要

事業者名	医療法人社団 誠仁会
主たる事務所の所在地	余市郡余市町山田町 201 番地5
代表者名	西園 康文
電話番号	0135-21-4567

2. 事業所概要

事業所名称	地域活動支援センター すみれ
開設年月日	平成 19 年8月1日
所在地	札幌市北区北 23 条西4丁目2-23 プレイス 24
電話番号	011-738-1111(代)
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

3. サービスの内容

利 用 日:月曜日～金曜日(祝祭日を含む)

利 用 定 員:1日 17 名

サービス内容:創作的活動、生産活動の機会の提供及び社会との交流の促進

4. 利 用 料 金

入浴 390 円 シャンプー・タオル 100 円 食事 360 円 おやつ 90 円

創作的活動に係る材料費(実費)は利用者負担とする

《キャンセル料》

当日キャンセルの場合、食材費 360 円をいただきます。(利用日当日の午前8時 45 分までにキャンセルの連絡をいただければキャンセル料はかかりません。)

《特別食料金》

ゼリー	一口大、刻み	ミキサー、ペースト
40 円加算(1食)	50 円加算(1食)	70 円加算(1食)

5. 職員体制

職 種	員 数	勤務形態	資 格
管理者	1名	常勤	介護福祉士、社会福祉主事
指導員	2名	常勤	介護福祉士

6. 各種協力医療機関

協力医療機関

* 医療法人社団喜偶会 おちあい内科・消化器内科医院

札幌市手稲区曙4条3丁目 17-21

電話 011-685-5858

* 医療法人 徳州会 札幌東徳州会病院

札幌市東区北 33 条東 14 丁目3-1

電話 011-722-1110

協力歯科医療機関

* ラビット歯科

札幌市北区北 24 条西4丁目1-21 モンレーブ 24 4F

電話 011-708-1080

7. 緊急時の対応

ご利用者様の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、かかりつけ医師等に連絡を取り必要な処置を行ないます。

8. 事故発生時の対応

ご利用者様に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者様の家族居宅支援事業所等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じます。ご利用者様に対するサービス提供により発生した事故等により利用者様の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

9. 守秘義務

事業者及びサービスの従業者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又ご家族等の関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。ただし、必要に応じて心身の個人情報を提供する場合がございます。

10. 施設利用に当たっての留意事項

・喫煙

* 利用者の健康管理上、施設管理者よりの許可をとり、職員の管理の下で喫煙を行って下さい。

・火気の取扱い

* 施設内外を問わず、防火管理者の許可なく火気を使用しないで下さい。

* 喫煙は所定の場所をお願い致します。

・設備・備品等の持ち込み

* 許可された物で必要最低限の物のみとさせていただきます。

・金銭・貴重品の管理

* 原則は利用者本人が行って下さい。

* 利用者の心身の状況の他、近郊にご家族が居ない場合はご相談下さい。

・宗教活動

＊ 宗教や習慣の相違等で他人を排撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すことを禁止します

・ペットの持ち込み

＊原則禁止とします。但し、特別な事情で施設管理者が条件付で許可した場合はこの限りではない。

11. 送迎に関する留意事項

①原則として、玄関の中までのお迎え、お送りをいたします。

身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族様と話し合いを行い、提供でき範囲の送迎サービスを提供させていただきます。

②送迎時間につきましては、交通事情等で、10分以上到着が遅れる場合がございます。その際は事業所(送迎車両)より電話連絡いたします。

③利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので長時間待機することはできません。ご本人、ご家族のご協力をお願いいたします。

④乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。

⑤送り迎えのお時間はご希望に添えない場合がございます。

12. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、自動火災報知器、自動通報装置、消火器、消火栓
- ・防災訓練 年2回

13. 苦情の受付について

(1)当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は下記の専用窓口で受け付けます。

○利用者相談窓口(担当者)

管理者兼生活相談員:長嶋 里美

電話番号:011-738-1111(代)

○受付時間 毎週月曜日から金曜日 8時45分から17時15分まで

(2)行政機関その他苦情受付機関

札幌市北区保健福祉部 保健福祉サービス課	札幌市北区北24条西6丁目 電話 011-757-2400
北海道福祉サービス運営適正化委員会 (北海道社会福祉協議会内)	札幌市中央区北2条西7丁目1番地 電話 011-204-6310

平成 年 月 日

地域活動支援センター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。

医療法人社団誠仁会

地域活動支援センターすみれ

説明者 職名 _____ 氏名 _____ (印)

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、地域活動支援センターすみれのサービス開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

代筆者 氏名 _____ (印)

利用者との関係()

理由 _____

同意書

事業所がサービス提供上、必要と認めた場合、契約者の調査票・家族情報及び主治医の意見書をサービス担当者会議又は入院となった場合の医療機関へ情報資料として提供することに同意いたします。

平成 年 月 日

医療法人社団 誠仁会
理事長 西園 康文 様

住 所

利用者

氏 名

㊞

住 所

身元引受人

氏 名

㊞