

重要事項説明書

[令和6年4月1日現在]

1 サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社 two.seven
代表者氏名	代表取締役 清水宏保
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	北海道札幌市中央区宮の森1条6丁目2-15 (電話：011-633-2700 FAX：011-633-0027)
法人設立年月日	2010年5月27日

2 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	リボンリハ&スパセンター平岸
介護保険指定 事業所番号	0170513493
事業所所在地	北海道札幌市豊平区平岸1条13丁目4-11
連絡先 相談担当者名	連絡先電話：011-837-2700 ファックス番号：011-837-0027 管理者：野手 大地
事業所の通常 の実施地域	(札幌市中央区、南区、豊平区の各区一部)
利用定員	40名
提供可能サービス	①通所介護 ②札幌市通所型サービス

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	この事業所が行う指定通所介護及び通所型サービスの事業は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"> 1 指定通所介護及び通所型サービスは、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。 2 事業者自らその提供する指定通所介護及び通所型サービスの質の評価を行ない、常にその改善を図るものとする。 3 指定通所介護及び通所型サービスの提供に当たっては、通所介護計画・通所型サービス計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。 4 指定通所介護及び通所型サービスの提供に当たる従業者は、指定通所介護及び通所型サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行う。 5 指定通所介護及び通所型サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。

	6 指定通所介護及び指定通所型サービスは、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。
--	--

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日（日曜・年末年始 12/29～1/3 は未実施）祝日は通常営業
営業時間	8：30～17：30
管理者	野手 大地

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月～土曜日（日曜・年末年始 12/29～1/3 は未実施）祝日は通常営業
サービス提供時間	9:20～16:25 要介護(1～5)区分の利用者様 9:20～13:25 要支援(1もしくは2)区分、総合事業対象者の利用者様 13:30～16:35 GOLDHILLS 平岸入居の利用者様
延長サービス提供時間	未提供

(5) 事業所の職員体制

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> 1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、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。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者へ通所介護計画を交付します。 5 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。 	常勤 1名
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 	1名以上
看護師・ 准看護師 (看護職員)	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。 	1名以上
介護職員	<ol style="list-style-type: none"> 1 通所介護計画に基づいて、生活機能の維持又は向上を目指し必要な日常生活上の世話及び介護を行います。 	5名以上

機能訓練 指導員	1 通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、機能訓練を行います。	2名以上
管理栄養士	1 栄養改善サービスを行います。	0名
言語聴覚士 歯科衛生士	1 口腔機能向上サービスを行います。	0名
事務職員	1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	0名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
通所介護計画、又は札幌市通所型サービス計画の作成		<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 2 通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3 通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します。 4 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 5 3か月以内に1度、通所介護計画、又は札幌市通所型サービス計画の更新を行います。その際にご自宅での生活状況の確認を行うため居宅訪問を実施いたします。
利用者居宅への送迎		事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対し、排せつの介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対し、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対し、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
機能訓練	服薬介助	介助が必要な利用者に対し、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。

	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
個別サービス	個別機能訓練	個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供をおこないます。
	口腔機能向上	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。

(2) 通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

①利用者負担金は次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- 1) 介護報酬に係る利用者負担金（費用全体の1割、2割または3割）
- 2) 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額自己負担）
- 3) 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額自己負担）

②居宅サービス（介護給付） 1日ご利用の方

区分	項目	【要介護】 7時間以上8時間未満	
		単位（地域加算を乗じた金額）	内容説明
基本額	要介護1	658 単位 (6,672 円)	1日の料金 (通常規模型)
	要介護2	777 単位 (7,878 円)	
	要介護3	900 単位 (9,126 円)	
	要介護4	1,023 単位 (10,373 円)	
	要介護5	1,148 単位 (11,640 円)	
加算額	個別機能訓練加算 (I) ロ	76 単位/日 (770 円)	個別機能訓練を実施した日数
	個別機能訓練加算 (II)	20 単位/月 (202 円)	個別機能訓練を実施した月
	口腔機能向上加算 (II)	160 単位/回 (1,622 円)	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
	口腔・栄養スクリーニング 加算 (I) (II)	(I) 20 単位/回 (202 円) (II) 5 単位/回 (50 円)	6月に1回を限度 6月に1回を限度
	入浴介助加算 (I)	40 単位/日 (405 円)	入浴介助を実施した日数
	入浴介助加算 (II)	55 単位/日 (557 円)	入浴介助を実施した日数
	科学的介護推進体制加算	40 単位/月 (405 円)	情報共有を実施している場合
ADL維持等加算 (I)	(I) 30 単位/月 (304 円)	厚労省により日常生活動作が利用者平均で一定水準に保たれている場合	

	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	加算率：9.0%	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数
減算額	通所介護同一建物減算	－94 単位 (953 円)	事業所と同一の建物から通所される場合
	通所介護送迎減算	－47 単位/回 (476 円)	外部送迎を行わない場合（片道料金）
利用額	（基本額 ＋ 加算額）× 10.14（7 級地の地域加算）の 1 割・2 割または 3 割		

③居宅サービス（介護給付） 半日利用の方

区分	項目	【要介護】 3 時間以上 4 時間未満	
		単位（地域加算を乗じた金額）	内容説明
基本額	要介護 1	370 単位 (3,751 円)	1 日の料金 (通常規模型)
	要介護 2	423 単位 (4,289 円)	
	要介護 3	479 単位 (4,857 円)	
	要介護 4	533 単位 (5,404 円)	
	要介護 5	588 単位 (5,962 円)	
加算額	個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76 単位/日 (770 円)	個別機能訓練を実施した日数
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位/月 (202 円)	個別機能訓練を実施した月
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位/回 (1622 円)	3 月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度
	口腔・栄養スクリーニング 加算（Ⅰ）（Ⅱ）	（Ⅰ）20 単位/回 (202 円) （Ⅱ）5 単位/回 (50 円)	6 月に 1 回を限度 6 月に 1 回を限度
	入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/日 (405 円)	入浴介助を実施した日数
	入浴介助加算（Ⅱ）	55 単位/日 (557 円)	入浴介助を実施した日数
	科学的介護推進体制加算	40 単位/月 (405 円)	情報共有を実施している場合
	ADL 維持等加算（Ⅰ）	（Ⅰ）30 単位/月 (304 円)	厚労省により日常生活動作が利用者平均で一定水準に保たれている場合
	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	加算率：9.0%	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数
減算額	通所介護同一建物減算	－94 単位 (953 円)	事業所と同一の建物から通所される場合
	通所介護送迎減算	－47 単位/回 (476 円)	送迎を行わない場合（片道料金）
利用額	（基本額 ＋ 加算額）× 10.14（7 級地の地域加算）の 1 割・2 割または 3 割		

③ 札幌市介護予防・日常生活支援総合事業

区分	介護度	【札幌市介護予防・日常生活支援総合事業対象者】 4時間以上	
		単位 (地域加算を乗じた金額)	備考
基本額	総合事業対象者 要支援1	436 単位/回 (4,421 円)	月3日以下の場合
		1,798 単位/月 (18,231 円)	月4日以上の場合
	要支援2	447 単位/回 (4,532 円)	月7日以下の場合
		3,621 単位/月 (36,716 円)	月8日以上の場合
加算額	口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位/月 (1,622 円)	1月の料金
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)	(Ⅰ) 20 単位/6ヶ月 (202 円) (Ⅱ) 5 単位/6ヶ月 (50 円)	6ヶ月の料金
	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	加算率：9.0%	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数
	科学的介護推進体制加算	40 単位/月 (405 円)	1月の料金
減算額	同一建物減算Ⅰ	-376 単位/月 (-3,812 円)	1月の料金
	同一建物減算Ⅱ	-752 単位/月 (-7,625 円)	1月の料金
	同一建物減算Ⅲ	-94 単位/日 (-953 円)	1日の料金
	通所型独自送迎減算	-47 単位/片道 (-476 円)	1日の料金
利用額	(基本額 + 加算額) × 10.14 (7級地の地域加算) の1割・2割または3割		

⑤ その他の費用について

昼食代・おやつ代	<ul style="list-style-type: none"> ・昼食代 600 円/日：午前、1日利用の方のみ ・おやつ代 50 円/日：午前利用の方はなし ※GOLDHILLS 平岸入居者で午後利用の方はおやつ代 50 円のみ (1食当り 食材料費及び調理コスト 運営規程の定めに基づくもの)	
嗜好品・品代	①ドリンク代 220 円/日、運営規程の定めに基づくもの (希望者のみ) ②リハビリパンツ 100 円/枚 (希望者のみ)	
リネン代	フェイスタオル 55 円/回、バスタオル 110 円/回 (希望者のみ)	
送迎費	利用者の居宅が、通常の送迎実施地域を超えた場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用 (110 円/日) を実費で請求いたします。	
複写物	10 円/枚	
キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	利用前日の 17:00 までのご連絡	キャンセル料は不要です
	利用前日の 17:00 以降のご連絡	250 円 (昼食・おやつ代が加算されます)
	連絡なしのキャンセル	500 円 (昼食・おやつ代が加算されます)

【確認欄】

昼食（希望します ・ 希望しません）、おやつ（希望します ・ 希望しません）
嗜好品（希望します ・ 希望しません）、リネン（希望します ・ 希望しません）

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額 （介護保険を適用する 場合）、その他の費用の 請求方法等	<p>ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日までに利用者宛にお届け（郵送）します。</p>
② 利用料、利用者負担額 （介護保険を適用する 場合）、その他の費用の 支払い方法等	<p>サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>（ア）自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月 1 回引き落としします）</p> <p>（イ）銀行振り込み（期日までのお振り込みをお願い致します。手数料は利用者様負担）</p> <p>（ウ）現金支払い（サービス提供時に月一回お支払い願います）</p>

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から10日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします
- (4) サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。
- (6) 利用者がサービスの利用中止（お休み）する際は、速やかに所定の連絡先までご連絡ください。

お休みする場合

連絡先（電話）	011 - 837 - 2700 受付時間（8：30～17：30）
---------	--

- (7) 長期間ご利用がない場合、いかなる理由がある場合であっても以下の調整をさせていただきますので予めご了承ください。
 - 1) 一か月間ご利用実績がない時点で、ご利用曜日の変更等お願いする場合があります。

- 2) お休み期間が二か月を超えた場合は、今後のサービス利用継続が困難と判断し、休止または中止に関するご相談をさせていただく場合があります。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針の整備を図ります。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施をします。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置をします【管理者：野手 大地】。

8 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p>

	<p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとし、</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとし、（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> <p>④ 報道関係の取材対応、ホームページやパンフレット等に画像や映像を使用する場合がございます。</p>
--	--

10 緊急時の対応方法について

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

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護又は指定通所介護以外のサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12 心身の状況の把握

指定通所介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとし、

13 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定通所介護の提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

14 サービス提供の記録

- ① 指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

15 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。災害対策に関する担当者【防火管理者：早川 朋希】。

- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
避難訓練実施時期：(毎年2回 6月・12月)

16 業務継続計画の策定等

- ① 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し指定通所介護及び指定札幌市第1号通所事業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計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- ② 事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- ③ 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

17 衛生管理等

- ① 指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

18 サービス提供に関する相談、苦情について

①苦情処理の体制及び手順

提供した指定通所介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

②苦情申立の窓口

【当社お客様の相談窓口】 リボンリハ&スパセンター平岸 管理者：野手 大地	電話番号 011-837-2700 ファックス番号 011-837-0027 受付時間 8：30～17：30
【札幌市役所 介護保険課】	電話番号 011-211-2972 ファックス番号 011-218-5187 受付時間 平日 8：45～17：15
【中央区役所 保健福祉課】	電話番号 011-231-2400 ファックス番号 0172-52-7151 受付時間 平日 8：45～17：15
【豊平区役所 保健福祉課】	電話番号 011-822-2400 ファックス番号 011-813-3603 受付時間 平日 8：45～17：15
【南区役所 保健福祉課】	電話番号 011-582-2400 ファックス番号 011-582-0144 受付時間 平日 8：45～17：15
【北海道国民健康保険団体連合会】 介護保険課企画・苦情係	電話番号 011-231-5175 ファックス番号 011-233-2178 受付時間 平日 9：00～17：00

19 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	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	

【事業者】

株式会社 two.seven

代表取締役 清水 宏保

印

【事業所】

リボンリハ&スパセンター平岸（指定番号 0170513493）

上記の内容の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

ご家族様氏名 _____ 印

署名代行者氏名 _____ 印

続柄：

代行事由：