

『地域密着型通介護及び第1号通所事業』

# 重要事項説明書

あつまデイサービスセンター  
勇払郡厚真町字新町116-3  
(指定番号 北海道0173600172)

# 『地域密着型通所介護及び第1号通所事業』 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。  
(北海道指定 第0173600172号)

当事業所は、利用者に対して指定地域密着型通所介護及び第1号通所事業（以下、「通所介護等」という。）を提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、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. 事業者

- (2) 法人所在地 北海道勇払郡厚真町新町116-3  
(3) 電話番号 0145-27-3111  
(4) 代表者氏名 理事長 近藤 泰行  
(5) 設立年月日 昭和52年8月1日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定 地域密着型通所介護事業  
平成28年4月1日指定  
指定 第1号通所事業  
平成30年4月1日指定

### (2) 事業所の目的

通所介護等は、介護保険法令に従い利用者がその有する能力に応じた可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に、通所介護等サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 あつまデイサービスセンター  
(4) 事業所の所在地 北海道勇払郡厚真町新町116-3  
(5) 電話番号 0145-27-3111  
(6) 管理者 氏名 吉田 良行  
(7) 当事業所の運営方針

居宅において、自立した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なうことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持を図ります。また、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう支援するものであります。

(8) 開設年月 平成4年4月1日

(9) 通常の事業の実施地域 厚真町全域

(10) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
受付時間	月曜日～土曜日 8時30分～16時50分
サービス提供時間	10時00分～15時30分

(11) 休日 毎週日曜日

年末年始 12月29日～翌年1月3日

(12) 利用定員 18人

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して通所介護等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。

職種	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 生活相談員	(4)名	1名
3. 介護職員	(3)名	2名以上
4. 看護職員	2(5)名	1名
5. 機能訓練指導員	2(5)名	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（週39時間40分）で除した数です。（ ）は兼務

《主な職種の勤務体制》

職種	勤務時間
1. 生活相談員	8:30～16:50
2. 介護職員	
3. 看護職員	
4. 機能訓練指導員	

### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、地域密着型通所介護計画及び介護予防サービス支援計画（以下「通所介護等計画」という）に沿って、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》

(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

(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（通常9割又は8割及び7割）が介護保険から給付されます。

《サービスの概要》

① 送迎

自宅、センター間の送迎をいたします。

② 入浴

利用者の状態に応じて一般浴槽と特殊浴槽が利用できます。

③ 機能訓練

看護師（機能訓練指導員）、介護福祉士等が、利用者の状態に合わせて機能訓練を行います。

④ 生活相談

生活相談員が、利用者や家族の相談をお受けします。

⑤ アクティビティ

集団的なレクリエーション、創作活動等の機能訓練を実施します。

《サービス利用料金（1日当たり）》（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、利用者の要介護度及び要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた（自己負担額）額をお支払いください。（上記サービスの利用料金は、利用者の要介護度及び要支援度に応じて異なります。）

《地域密着型通所介護サービス利用料金表／日》

	① 介護費	② 入浴介助 加算 I	③ サービス提 供体制強化 加算 I	介護職員等処 遇改善加算 I (左記合計9. 2%)	食費	合計
要介護1	657円	40円	22円	66円	517円	1,302円
要介護2	776円	40円	22円	77円	517円	1,432円
要介護3	896円	40円	22円	88円	517円	1,563円
要介護4	1,013円	40円	22円	99円	517円	1,691円
要介護5	1,134円	40円	22円	110円	517円	1,823円

※①②③は自己負担割合が2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍になります。

※若年性認知症利用者受入加算1日当たり60円加算になります。

《第1号通所事業利用料金表／月》

	① 介護費	② サービス提供 体制強化加算 I	介護職員等処 遇改善加算I (左記合計9. 2%)	食費	合計
要支援1	1,798円	88円	174円	517円	2,576円
要支援2	3,621円	176円	349円	517円	4,663円

※①②③は自己負担割合が2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍になります。  
 ※若年性認知症利用者受入加算1日当たり60円加算になります。

☆ 利用者がまだ要介護認定および要支援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。

☆ 要介護又は要支援の認定を受けた後、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます。

又、通所介護等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、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、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) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

《サービスの概要と利用料金》

① 食事

利用者の身体状況及び嗜好を配慮し栄養バランスがとれた食事を提供いたします。提供する食材料費、調理経費などにかかる費用です。

料 金：1回あたり517円 行事給食については別途料金をいただきます

※当日の利用を中止する場合は、10時までにご連絡下さい。

連絡がない場合は食事料金を頂く事になりますので十分に留意して下さい。

② レクリエーション、クラブ活動

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できます。

利用料金：材料代等の実費

③ 複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます

料金：A4判1枚10円

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等の費用

(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ヵ月ごとに計算し、翌月10日までに事業者が指定する方法でお支払い下さい。

ア、あつまデイサービスセンター窓口での現金支払

イ、下記指定口座への振込み

- ① 苫小牧信用金庫 厚真支店 普 95937
- ② とまこまい広域農業協同組合 厚真支店 普 0691623
- ③ 郵便局 記号 19000 番号35451381

口座名義 あつまデイサービスセンター センター長 吉田 良行

ウ、預金口座振替

- ① 収納代行会社名 株) HDCワイドネット：株) 三菱UFJファクター
- ② 預金口座振替手数料：210円（1回につき）
- ③ 預金口座振替日：毎月27日（金融機関休業日は翌営業日）

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

☆ 利用予定日の前日に、利用者の都合により、通所介護等の利用を中止又は、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者申し出て下さい。

☆ 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した場合、取消し料として下記の利用料金をお支払いいただく場合があります。但し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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担額相当

☆ 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利用者に提示して協議します。

5. 緊急時における対応について

- ① 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止をすることがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ適切に対応します。
- ④ サービスご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医、消防署、親族、居宅介護支援事業者または地域包括支援センター職員に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

## 6. 非常災害対策について

サービス提供時に天災その他の災害が発生した場合、避難等適切な措置を講じます。又、避難経路及び協力機関等との連絡方法、救出その他非常災害に備え定期的に避難訓練を行います。

## 7. 損害賠償について

事業所の責任により利用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補償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、利用者に故意、過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができる物とします。

## 8. 権利擁護・虐待防止について

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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 吉田 良行
-------------	-----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 9. 苦情の受付について

### ○ 当施設における苦情の受付体制

当施設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) 五十地 翼
- 「職名」 生活相談員
- 苦情解決責任者 吉田 良行
- 「職名」 管理者
- 受付時間 8：30～16：50

また、電話、FAXをご利用下さい。 電話番号 (0145)-27-3111

FAX番号 (0145)-27-3760

### ① 苦情の受付方法

ご利用者、ご契約者の皆様より以下の方法で苦情の受付を致します。

- ・相談窓口での受付
- ・電話による受付
- ・苦情受け付け機関（行政機関）からの報告

### ② 苦情処理体制

1. 事実確認を致します。
2. 改善方法の検討を致します。



北海道社会福祉協議会	所在地 〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地 かでの2・7 3F 電話番号 011-204-6310 FAX 011-204-6311 受付時間 9:00~12:00 13:00~17:00
厚真町 地域包括支援センター	所在地 勇払郡厚真町京町165番地 電話番号 0145-26-7871 FAX 0145-26-7733 受付時間 8:45~17:15

## 10. 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<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>
② 個人情報の保護について	<p>① 事業者は、利用者及び利用者家族の個人情報の提供等に当たっては、社会福祉法人北海道厚真福祉会個人情報保護規定に基づき適切に取り扱います。</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します。</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します。（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>*当事業所における記録の項目は、個人情報取扱業務説明書の通りです。</p>

## 11. 福祉サービス第三者評価の受審実施状況について

第三者による評価実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関	
		結果の開示	1 あり      2 なし
	② なし		

地域密着型通所介護及び第1号通所事業のサービス提供の開始に際し、利用者に対して本書面に基ついて重要事項の説明をおこないました。

令和 年 月 日

《事業者》

所在地 勇払郡厚真町新町116-3  
 名称 あつまデイサービスセンター

説明者 五十地 翼 印

私は、本書面に基ついて事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護及び第1号通所事業サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

《利用者》

住所 勇払郡厚真町

氏名 印

《代理人》

住所

氏名 印

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91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。

