

「第一号通所事業（通所型サービス）」重要事項説明書

デイサービスセンター みのりの里 共和

当施設は介護保険の指定を受けています
(北海道 第0172300139号)

当事業所はご利用者に対して第1号通所事業サービス（以下「通所型サービス」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の内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当事業所へのご利用は、原則として要介護認定の結果「要支援・要介護」と認定された方及び基本チェックリストの結果で事業対象者と認定された方が対象となります。（要支援認定をまだ受けていない方も可能です。）

※事業者及び運営受託者を以下「事業所」といいます。

1. 施設経営主体

- | | |
|----------|----------------|
| (1) 経営主体 | 共和町 |
| (2) 代表氏名 | 共和町長 成田 慎一 |
| (3) 所在地 | 岩内郡共和町南幌似38番地2 |
| (4) 電話番号 | 0135-73-2011 |

2. 運営受託者

- | | |
|----------|-------------------|
| (1) 法人名称 | 社会福祉法人 共和町社会福祉協議会 |
| (2) 代表者名 | 会長 小田 恒夫 |
| (3) 所在地 | 岩内郡共和町南幌似57番地12 |
| (4) 電話番号 | 0135-73-2731 |

3. ご利用施設の概要

- | | |
|-------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定第1号通所事業者 |
| (2) 事業所の目的 | ご利用者がある有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るよう支援することを目的として、通所型サービスを提供します。 |
| (3) 事業所の名称 | デイサービスセンター みのりの里 共和 |
| (4) 事業所の所在地 | 岩内郡共和町南幌似57番地13 |
| (5) 電話番号 | 0135-71-2580 |
| (6) 施設長氏名 | 寺田 翔 |
| (7) 開始年月日 | 平成19年4月1日 |
| (8) 利用定員 | 18名（「通所介護」「生きがい事業」を含む人員） |

4. 事業実施地域及び営業時間

| | |
|----------|-------------------------------|
| サービス提供地域 | 共和町全地域 |
| サービス提供日 | 月曜日から金曜日 ただし、12月31から1月5日までを除く |
| サービス提供時間 | 午前9時15分から午後3時30分まで |

5. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して第1号通所事業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。

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職種 | 配置職員 | 指定基準 | 職務内容 |
|---------|-------------|------|---------------------------|
| 施設長 | 1名 | 1名 | 管理業務全般について対応します。 |
| 生活相談員 | 2名（専従1・兼務1） | 1名 | 相談・助言・利用計画等の支援を行います。 |
| 介護職員 | 2名以上 | 2名 | 日常生活支援・援助・入浴・食事等の支援を行います。 |
| 看護職員 | 1名以上（兼務1） | 1名 | 健康管理・保持及び介護・介助等の支援を行います。 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上（兼務1） | 1名 | 機能訓練・日常生活等の支援を行います。 |
| 運転手 | 1名以上 | 1名 | 送迎業務全般について支援 |

6. 当事業所が提供するサービス

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 共通的服务

- ・ご利用者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

①送迎サービス

- ・ご希望の方には、自宅から当施設までの送迎を行います。

②食事（ただし、食材費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の健康上の理由により食事を提供しない場合は、おやつ代等として共和町が定める額とします。

(2) 選択的服务

- ・運動器機能向上サービス

機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、運動器機能向上計画を作成し、運動器の機能向上のための訓練を実施します。

7. 利用料金

(1) 第1号事業支給費の支給対象となるサービス

以下のサービスについては、サービスを利用した場合の基本利用料は以下のとおりであり、お支払いいただく利用者負担金は、原則として、ご利用者の介護保険負担割合証に記載されている負担割合に応じた額となります。(サービス利用料金は、ご利用者の要支援度に応じて異なります。)

また、利用料金は月ごとの定額制となっています。月の途中から利用を開始もしくは、月の途中終了した場合は、それぞれ契約日及び最終利用日を起算日として、利用料を日割り計算します。

①基本部分

| ご利用者の要支援度等 | 要支援1 事業対象者 | 要支援2 |
|------------------------|---------------|---------|
| 1. 1月あたりのサービス利用料金 | 17,980円 | 36,210円 |
| 2. うち、第1号事業支給費から支給される額 | 16,182円 | 32,589円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) | 1,798円 | 3,621円 |

② 加算・減算

| 加算の種類 | 加算の要件 | | 1月あたりの 利用料金 | 自己負担額 (1割の場合) |
|---------------------|---|------------------------------|----------------|------------------|
| サービス提供体制 強化加算(Ⅲ) | 事業所の従業員の体制・人材が当該加算の要件を満たす場合 | 要支援1・事業対象者 | 240円 | 24円 |
| | | 要支援2 | 480円 | 48円 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | 介護職員の処遇改善に関して、当該加算の算定要件を満たす場合 | (基本サービス+他の加算・減算) ×6.4%を加算 | | |
| 口腔機能向上加算 Ⅰ | 口腔内の評価および口腔機能向上に向けた計画・支援の実施 | 一か月150単位の加算 | | 150円 |
| 科学的介護推進体制 加算 | ビッグデータとして蓄積された利用者情報の活用によってサービス利用の成果を予測することで、要介護者の状態像にあったサービス提供を行った場合。 | | 400円 | 40円 |

③ 要支援認定を受けていない方の取り扱い

ご利用者がまだ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額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が払い戻されます。（償還払い）

また、介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）が作成されていない場合も償還払いとなります。

(2) 第1号事業支給費の支給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となります。

| | | |
|------|-----------------|-----------|
| 食材料費 | 食事やおやつを提供に係る材料費 | 1日につき600円 |
|------|-----------------|-----------|

※ご利用者の健康上の理由等により昼食を提供しない場合は、おやつ代等として前項の金額は50円となります。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に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、変更を行う2か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)の利用料金等は、1か月ごとに計算し請求しますので、口座振替によりお支払いください。

8. 利用の中止・変更・追加

(1) 利用予定日の前に、ご利用者様の都合により、通所型サービスの利用を中止することができます。この場合にはサービス実施日の前日までに次の連絡先までご連絡ください。

| | | | |
|-------|--------------|-------|----|
| * 連絡先 | デイサービスセンター | みのりの里 | 共和 |
| 電話番号 | 0135-71-2580 | | |

(2) 月のサービス利用日や回数については、ご利用者の状態の変化、ケアプランに位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

(3) ご利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、通所型サービス計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、地域包括支援センター等と調整の上、ケアプランの変更又は要支援認定の新規申請及び区分変更申請、要介護認定申請援助等必要な支援を行います。

9. 苦情の受付について

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

| | | |
|---------|-------|--------------------------------|
| 苦情・相談窓口 | 担当者 | 松屋 恵美 |
| | 対応時間 | 午前8時00分から午後5時00分 (月曜日から金曜日) |
| | 電話番号 | 0135-71-2580 |
| | FAX番号 | 0135-71-2345 |

○ 公的機関においても苦情申し出等ができます。

| | | |
|---------------------|-------|--|
| 共和町保健福祉課 福祉介護係 | 所在地 | 岩内郡共和町南幌似38番地2 |
| | 対応時間 | 午前8時30分から午後5時15分 (月曜日から金曜日 ただし、祝祭日を除く) |
| | 電話番号 | 0135-67-8789 |
| | FAX番号 | 0135-73-2288 |
| 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 |
| | 対応時間 | 午前9時00分から午後5時00分 (月曜日から金曜日 ただし、祝祭日を除く) |
| | 電話番号 | 011-231-5161 |
| | FAX番号 | 011-233-2178 |
| 北海道福祉サービス 適正化委員会 | 所在地 | 札幌市中央区北2条西7丁目1かでの27 |
| | 対応時間 | 北海道福祉サービス適正化委員会 事務局 午前9時00分から午後5時00分 (月曜日から金曜日 ただし、祝祭日を除く) |
| | 電話番号 | 011-204-6310 |
| | FAX番号 | 011-204-6311 |

○ ご利用者からの苦情を解決する為の対応

- (1) ご利用者からの相談又は苦情等に対する窓口（連絡先）、担当者の設置・相談、苦情に関する窓口として、相談担当者を置いています。また、担当者が不在の場合は、基本的な事項については、誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継いでいます。

| | |
|---------|--------------|
| 電話番号 | 0135-71-2580 |
| FAX | 0135-71-2345 |
| 苦情解決責任者 | 施設長 寺田 翔 |
| 苦情受付担当者 | 生活相談員 松屋 恵美 |

(2) 苦情解決体制及び手順

- 苦情があった場合は、直ちに受付担当者が相手方に連絡を取り、直接訪問する等により詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認します。
- 受付担当者が必要と判断した場合は、施設長まで含めて検討会議を行います。
- 記録を作成し、処理結果を施設長に報告する。また、台帳に保管し再発防止に役立てます。

(3) その他参考事項

以上のことは事業所内掲示板にも掲示しています。

1 0. 緊急時及び事故発生時の対応について

(1) サービス提供中に、ご利用者の病状の急変その他の緊急事態または、事故が発生した場合には、速やかに、主治医・ご家族・関係機関等に連絡等の措置を講じます。

○協力医療機関 前田診療所 ・ 小沢診療所

(2) 緊急時及び事故発生時の対応

緊急時及び事故発生時の記録を作成し、処理結果を施設長に報告する。また、台帳に保管し、再発防止に役立てます。

(3) 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご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賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意または過失が認められる場合、ご利用者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合は、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

1 1. 非常災害対策について

事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災及び非難に関する計画を作成し、年2回ご利用者及び従業員等の訓練を行います。

1 2. 守秘義務に関する対策

事業所及び職員は、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

1 3. サービス利用に当たっての留意事項

(1) ご利用者又はそのご家族は、体調の変化があった際には事業所の職員にご一報ください。

(2) ご利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。

指定通所介護サービス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。

令和 年 月 日

〈事業所〉

所在地 岩内郡共和町南幌似57番地13
事業所名 デイサービスセンター みのりの里 共和
説明者職名 生活相談員
説明者 松屋 恵美 印

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、通所型サービスの提供開始に同意いたしました。

※令和3年度介護報酬及び基準改正等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字、ゴム印又は代筆）の場合のみ要押印とし、署名の場合は押印省略とします。

〈利用者〉

住 所 共和町

氏 名 印

〈利用者の家族等〉

住 所

氏 名 印（続柄 ）

上記契約を証するため、本書2通を作成し、ご利用者、事業所が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

※この重要事項説明書は、厚生労働省第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、ご利用者又はご契約者への重要事項説明のために作成したものです。