

指定地域密着型通所介護・第1号通所事業(通所介護相当サービス)

デイサービスセンターむか川 重要事項説明書

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0157-45-2345 (8:30~17:00)

担当 渡邊 弘子 馬場 洋之

* 御不明な点は、お気軽におたずねください。

2 デイサービスセンター むか川(名称)の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	デイサービスセンター むか川
所在地	北海道北見市留辺薬町温根湯温泉 340 番地
介護保険指定番号	指定地域密着型通所介護 第1号通所事業 (0175011790)
サービスを提供する対象地域	北見市留辺薬町内

(2) 同センターの職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名以上		1名以上
生活相談員	介護福祉士	1名以上	1名以上	2名以上
機能訓練指導員		1名以上		1名以上
職員	看護職員	1名以上		1名以上
	介護福祉士	1名以上	1名以上	2名以上
	ホームヘルパー2級	2名以上		2名以上
	介護職員	1名以上	1名以上	2名以上

(3) 同センターの設備の概要

定員	18 名
食堂兼機能訓練室	1 室 57.19 m ²
静養室	1 室 1 床 9.53 m ²
相談室	1 室 5.06 m ²

送迎車	2台（車イス、ストレッチャー対応 1台・乗用車 1台）
浴室	1室 天然温泉の一般浴槽(24.75 m ²)

(4) 営業日時

営業日	月曜日から土曜日までとする。ただし、12月31日～1月3日は除く。
営業時間	営業時間 8:30 から 17:00 まで。 (サービス提供時間 ①9:00～14:10 ②9:00～16:10)

緊急連絡先 0157-45-2345 もしくは、0157-45-2340

3 サービス内容

○送迎 ○食事 ○入浴 ○生活相談 等

4 料金

(1-1) 指定地域密着型通所介護 1日あたりの基本料金

① 9:00～14:10 (5時間以上6時間未満)

	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	657円	1314円	1971円
要介護2	776円	1552円	2328円
要介護3	896円	1792円	2688円
要介護4	1013円	2026円	3039円
要介護5	1134円	2268円	3402円

② 9:00～16:10 (7時間以上8時間未満)

	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	753円	1506円	2259円
要介護2	890円	1780円	2670円
要介護3	1032円	2064円	3096円
要介護4	1172円	2344円	3516円
要介護5	1312円	2624円	3936円

(1-2)第1号通所事業(通所介護相当サービス) 利用料金

利用者の要介護度	利用の頻度		利用者負担(1割の場合)	
			回	月
事業対象者 要支援1・2	週1回程度	月の利用が3回 まで	436円	
		月の利用が4回 以上		1798円
事業対象者 要支援2	週2回程度	月の利用が7回 まで	447円	
		月の利用が8回 以上		3621円

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の計算になります。

・入浴代(入浴介助加算I)

介助浴1回あたり400円。ただし介護保険適用時の自己負担額は1割負担の場合は40円、2割負担の場合は80円、3割負担の場合は120円です。

※入浴介助加算I

入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行う(年1回)

・昼食材料費

1食あたり620円。(全額自己負担)

・その他

おむつ代、レクリエーションに係る費用等は自己負担となります。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

・介護職員処遇改善加算

平成23年度までに実施していた介護職員処遇改善交付金の相当分を、平成24年度介護報酬改定において、介護職員の処遇改善の取組として、介護職員処遇改善加算を頂くこととなっております。

※ 介護職員処遇改善加算(I)

利用料 所定単位数の5.9% 利用者負担額 利用料の1割もしくは2割、3割

※ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)

利用料 所定単位数の1.0% 利用者負担額 利用料の1割もしくは2割、3割

※ 介護職員等ベースアップ等支援加算(令和4年10月より)

利用料 所定単位数の1.1% 利用者負担額 利用料の1割もしくは2割、3割

※ サービス提供強化加算(Ⅱ)

利用料 18単位/回

・地域通所介護同一建物減算 - 94単位 ※対象者のみの減算になります。

(2)支払方法

①毎月、10日以降に前月分の請求書をお渡します。また、当該月の請求書発行時に前月分の領収証を発行いたします。

②銀行振込

利用者は当該月利用料の合計額を翌月末日までに下記口座に振込送金して支払います。振込手数料は社会医療法人 雄俊会が負担します。

振込金融機関	北見信用金庫 温根湯支店
口座名義人	社会医療法人 雄俊会 理事長 三角 彰宏
口座番号	0526882

③利用者の指定の口座から自動振替の場合

利用者は1ヶ月単位とし、当該月の利用料は、翌月に利用者が指定する口座から毎月末日に振替えます。(末日が土・日・祝日の場合はその翌日)
引き落としの手数料は、社会医療法人 雄俊会が負担します。

5 サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。職員がお伺いいたします。

『地域密着型通所介護計画』又は『通所型サービス計画書』(以下『介護計画』という。)作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2)サービス利用契約の終了

① お客様の御都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合

がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合（この場合、契約条件を変更して再度契約することができます。）
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当法人が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ お客様がサービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し料金を支払うよう催告したにもかかわらず 15 日以内に支払わない場合、お客様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、お客様が入院又は病気等により3ヶ月以上にわたり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、又はお客様や御家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ①『指定地域密着型通所介護』又は『第1号通所事業(通所介護相当サービス)』（以下『指定地域密着型通所介護等』という。）は、利用者の要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態等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地域密着型通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
- ③指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、介護計画に基づき、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指定地域密着型通所介護の提供に当たる従業者は、指定地域密着型通所介護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指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- ⑥指定地域密着型通所介護は、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。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じその特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

8 非常災害対策

- ・防災時の対応 別紙防災マニュアルに沿って適切な対応をいたします。
- ・防災訓練 年2回実施

9 サービス内容に関する相談・苦情

サービス内容に関する苦情

① 当事業所ご利用者様相談・苦情担当

担当 渡邊 弘子 馬場 洋之 TEL 0157-45-2345

② その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

○市町村名 北見市

* 担当課 保健福祉部介護福祉課 TEL 0157-25-1144 FAX 0157-26-6323

メールアドレス kaigo@city.kitami.lg.jp

〒090-0046 北海道北見市大通西2丁目1

○北海道国民健康保険連合会

TEL 011-231-5161 FAX 011-233-2178

〒060-0062 北海道札幌市中央区南2条西14丁目

○北海道社会福祉協議会

TEL 011-241-3976

〒060-0002 北海道札幌市中央区北2条西7丁目1

10 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

- ・実施の有無 無し
- ・実施した直近の年月日
- ・第三者評価機関名
- ・評価結果の開示状況

11 当法人の概要

名称・法人種別	社会医療法人 雄俊会
代表者役職・氏名	理事長 三角 彰宏
法人所在地	北海道北見市留辺薬町温根湯温泉440番地1
電話番号・FAX番号	TEL0157-45-2340 ・ FAX0157-45-2366

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者所在地 北海道北見市留辺薬町温根湯温泉 340 番地

名称 社会医療法人 雄俊会
デイサービスセンターむか川

説明者氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____