

## 地域密着型通所介護・第1号通所事業 重要事項説明書

### 1. 当法人の概要

名称・法人種別	有限会社 絆
代表者職・氏名	代表取締役 青山 央和
所在地	北海道北見市東三輪1丁目31番地84
設立年月	平成18年4月3日
電話番号	0157-57-3817

### 2. デイサービスきずな北光の概要

#### (1) 提供できる通所介護サービスの種類と地域

通所介護サービスの種類・名称及び利用定員	デイサービスきずな北光 ・ 地域密着型通所介護 ・ 第1号通所事業 ・ 定員10名
所在地	北海道北見市北光444番地26
介護保険指定事業所番号	北海道 0175000983 号
通常の実施地域	北見自治区

#### (2) 当事業所の職員体制

地域密着型通所介護・第1号通所事業	
管理者	1名
生活相談員	2名以上
機能訓練指導員(看護師)	1名以上
介護員	1名以上
介護・調理員	1名以上
事務職員	1名

#### (3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
サービス提供時間	午前9時00分～午後4時15分
定休日	日曜日・12/31～1/3

### 3. 当事業所が提供する地域密着型通所介護・第1号通所事業についての相談窓口

#### (1) 受付担当者

管理者	小栗 光里
生活相談員	柏木 千恵

#### (2) 受付時間及び連絡先

受付時間	午前9時00分～午後5時30分
TEL (0157) 69-1045	FAX (0157) 69-1046

※ご不明な点がございましたらご相談ください。

#### 4. 地域密着型通所介護・第1号通所事業サービス内容

- ①送迎 車椅子が乗車可能な車両で運行いたします。
- ②食事 利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。  
※希望により朝食、夕食も可能。
- ③入浴 入浴又は清拭を行います。
- ④機能訓練 利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を円滑に過ごすために必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。
- ⑤施設内外のレクリエーション  
利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を円滑に過ごすために必要な機能の回復、又はその減退を防止するためにレクリエーション等にて訓練を実施します。
- ⑥生活・介護相談 利用者及び契約者の介護に関する相談など、日常生活全般に関する相談をお受けします。
- ⑦回想療法（グループ回想療法・個別回想療法）  
認知機能の低下予防や脳の活性化、意欲向上を目的に毎利用時に行います。

#### 5. 料金

##### (1)利用料金

##### ①地域密着型通所介護費

・地域密着型通所介護（7時間以上8時間未満）

	基本利用料金 (1日あたり)	利用者負担額(1日あたり)		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	7,530円	753円	1,506円	2,259円
要介護度2	8,900円	890円	1,780円	2,670円
要介護度3	10,320円	1,032円	2,064円	3,096円
要介護度4	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円
要介護度5	13,120円	1,312円	2,624円	3,936円

当事業所は通常サービス利用所要時間を7時間以上8時間未満で提供しています。この所要時間以外の計画の場合は、所要時間により下記の利用料金表の通りとなります。

・地域密着型通所介護（3時間以上4時間未満）

	基本利用料金 (1日あたり)	利用者負担額(1日あたり)		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	4,160円	416円	832円	1,248円
要介護度2	4,780円	478円	956円	1,434円
要介護度3	5,400円	540円	1,080円	1,620円
要介護度4	6,000円	600円	1,200円	1,800円
要介護度5	6,630円	663円	1,326円	1,989円

・地域密着型通所介護（4時間以上5時間未満）

	基本利用料金 (1日あたり)	利用者負担額(1日あたり)		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	4,360円	436円	872円	1,308円
要介護度2	5,010円	501円	1,002円	1,503円
要介護度3	5,660円	566円	1,132円	1,698円
要介護度4	6,290円	629円	1,258円	1,887円
要介護度5	6,950円	695円	1,390円	2,085円

・地域密着型通所介護（5時間以上6時間未満）

	基本利用料金 (1日あたり)	利用者負担額(1日あたり)		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	6,570円	657円	1,314円	1,971円
要介護度2	7,760円	776円	1,552円	2,328円
要介護度3	8,960円	896円	1,792円	2,688円
要介護度4	10,130円	1,013円	2,026円	3,039円
要介護度5	11,340円	1,134円	2,268円	3,402円

・地域密着型通所介護（6時間以上7時間未満）

	基本利用料金 (1日あたり)	利用者負担額(1日あたり)		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	6,780円	678円	1,356円	2,034円
要介護度2	8,010円	801円	1,602円	2,403円
要介護度3	9,250円	925円	1,850円	2,775円
要介護度4	10,490円	1,049円	2,098円	3,147円
要介護度5	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円

②第1号通所事業費

・第1号通所事業（4時間以上）

		基本利用料金	利用者負担額			
			1割負担	2割負担	3割負担	
要支援1 事業対象者	回数	4,360円	436円	872円	1,308円	月3回まで
	月額	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円	上記回数を超える場合
要支援2	回数	4,470円	447円	894円	1,341円	月7回まで
	月額	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円	上記回数を超える場合

第1号通所事業（4時間未満）

		利用者負担額				
		基本利用料金	1割負担	2割負担	3割負担	
要支援1 事業対象者	回数	3,570円	357円	714円	1,071円	月3回まで
	月額	14,330円	1,433円	2,866円	4,299円	上記回数を超える場合
要支援2	回数	3,670円	367円	734円	1,101円	月7回まで
	月額	29,380円	2,938円	5,876円	8,814円	上記回数を超える場合

③加算等

（地域密着型通所介護）

加算名称	介護保険適用時自己負担額		
	1割	2割	3割負担
入浴介助加算Ⅰ	40円/回	80円/回	120円/回
入浴介助加算Ⅱ（当該加算の算定要件を満たす場合）	55円/回	110円/回	165円/回
個別機能訓練加算Ⅰイ（当該加算の算定要件を満たす場合）	56円/日	112円/日	168円/日
個別機能訓練加算Ⅰロ（当該加算の算定要件を満たす場合）	85円/日	170円/日	255円/日
個別機能訓練加算Ⅱ（当該加算の算定要件を満たす場合）	20円/月	40円/月	80円/月

（地域密着型通所介護・第1号通所事業）

介護職員等処遇改善加算Ⅲ	月の介護報酬総単位数の8.0%		
科学的介護推進体制加算	介護保険適用時自己負担額		
	1割	2割	3割
	40円/月	80円/月	120円/月

※ 利用者の通所介護計画に各サービス提供が計画されていて、ご利用があった場合、上記料金を頂きます。

※ 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、契約者の負担額を変更します。

※ 利用者の要介護度・要支援度が変わった場合は、変更された要介護度・要支援度に合わせて、契約者の負担額を変更します。

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付が直接事業者を支払われない場合があります。この場合には、一旦利用料金の全額を契約者から頂き、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保険者へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

④ 食費 食材料費及び調理費用 昼食 750円  
延長サービス等により必要な場合 朝食・夕食 各625円

⑤ おやつ代 1回 125円

⑥ 洗濯代 1回 100円

- ⑦ おむつ代 実 費
- ⑧ レクリエーション等教材費 実 費
- ⑨ 当事業所の通常の実施地域の北見市以外の地域に居住する利用者の方で、送迎を行う場合、別に送迎費として、通常の実施地域をこえてからは2km毎に100円を頂きます。
- ⑩ その他・・・当事業所で提供されるサービスのうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用で利用者が負担することが適当と認められる費用。

(2) 支払方法

当月の利用料金の合計額を請求書に明細を付して翌月10日までに送付します。

該当月の15日までに、当事業所に直接ご持参いただくか、下記の指定銀行口座への振込み、又は北見信用金庫からの口座振替にてお支払い頂きます。

振 込 先
金融機関名：北見信用金庫 本店
預金種類：普通預金
口座名義：有限会社絆 代表取締役 青山 央和
口座番号：0091804

6. 地域密着型通所介護・第1号通所事業サービスの利用方法

(1) 地域密着型通所介護・第1号通所事業サービス利用開始

まずは、お電話等でお申込ください。当事業所職員がお伺いいたします。

契約を結ぶと同時に、個別サービス計画を作成しサービス提供を開始します。

- \* 居宅サービス計画または介護予防マネジメントケアプランの作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員等とご相談ください。

(2) 地域密着型通所介護・第1号通所事業サービスの終了

(ア) 利用者の都合でサービスを終了する場合

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出下さい。

(イ) 当事業所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。

(ウ) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者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利用者の要介護・要支援認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

(エ) 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、利用者及び契約者などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合は、契約者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。
- ・契約者が、サービス利用料金の支払いを3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14日以内に支払わない場合、契約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、利用者が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、又は、利用者や契約者が当事業所や当事業所のサービス従事者又は他の利用者に対して本契約を継続し難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。

## 7. 当事業所の特徴等

### (1) 運営方針

- ・当事業所において提供する地域密着型通所介護・第1号通所事業サービスは、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。
- ・利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及び契約者のニーズを的確に捉え個別にサービス計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供することとします。
- ・利用者及び契約者に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明することとします。
- ・適切な介護技術を持ってサービスを提供します。
- ・常に提供したサービスの質の管理、評価を行います。

### (2) 地域密着型通所介護・第1号通所事業サービス利用に当たって留意事項

- ・送迎時間の連絡  
契約時にご案内します。
- ・体調確認  
血圧、体温、脈拍測定を行います。
- ・体調不良等によるサービスの中止及び変更
  - ①風邪、病気の際はサービス提供をお断りすることがあります。
  - ②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することがあります。その場合、契約者に連絡の上、適切に対応します。
  - ③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、契約者に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医または歯科医に連絡を取る等必要な措置を講じます。
- ・食事の変更  
体調不良等による食事内容変更は当日の朝までお受けします。
- ・利用日の変更  
利用者の希望する利用日が定員満員で利用して頂けない場合は、他の利用可能日を契約者に提示して協議するものとします。

## 8. 緊急時の対応方法

地域密着型通所介護・第1号通所事業サービスの提供中に体調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（AED）、救急隊、契約者、居宅介護

支援事業所等へ連絡をいたします。

## 9. 非常災害対策

防災設備	消火器
防災訓練	年2回実施
防火責任者	管理者 小栗光里

## 10. 地域密着型通所介護・第1号通所事業サービス内容に関する苦情

- (1) 当事業所に係る苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受付けるための窓口を設置しています。苦情やご相談は以下の専用窓口で受付けます。  
また、苦情受付ボックスを当事業所玄関に設置しています。

### ① 当事業所受付担当者等

受付担当者	管理者	小栗 光里
	生活相談員	柏木 千恵
苦情解決責任者	管理者	小栗 光里

### ② 連絡先

TEL (0157) 69-1045	FAX (0157) 69-1046
--------------------	--------------------

- (2) 当事業所による解決を望まない場合、又は当事者間の話し合いが困難な場合は、社会福祉法で定める「北海道福祉サービス運営適正委員会」及び「北海道国民健康保険団体連合会」、「関係市町村」に申し出ることもできます。

北海道福祉サービス運営適正化委員会 所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7 3F TEL (011) 204-6310 FAX (011) 204-6311
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 国保会館 TEL (011) 231-5161 FAX (011) 233-2178
北見市保健福祉部介護福祉課 所在地 北見市大通西3丁目1番地1 北見市役所1階 TEL (0157) 25-1144 FAX (0157) 26-6323

- (3) 苦情を受付けた場合には、苦情内容及びその際取った処置の内容の記録を行うものとします。

## 11. 第三者による評価の実施状況

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

## 1 2. 事故発生時の対応

- (1) 当事業所の地域密着型通所介護・第1号通所事業サービス提供時に事故が発生した場合は、以下の先に連絡すると共に必要な措置を講じます。
- ① 関係市町村
  - ② 契約者
  - ③ 利用者に係る居宅介護支援事業所
- (2) 当事業所のサービスの提供時に発生した事故の状況及びその際取った処置の記録をするものとします。
- (3) 当事業所で発生した事故についてその内容の検証を行い、再発防止対策を講じるものとします。
- (4) 当事業所のサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を賠償責任保険加入保険会社及び当社顧問弁護士との協議のもと、速やかに行います。
- (5) 損害賠償への加入
- |       |  |
|-------|--|
| 保険会社  | 東京海上日動火災保険株式会社                         |
| 保 險 名 | 居宅介護事業者賠償責任保険                          |
| 保険内訳  | 施設所有者賠償責任保険<br>請負業者賠償責任保険<br>生産物賠償責任保険 |

令和 年 月 日

地域密着型通所介護・第1号通所事業サービスの提供開始にあたり、利用者及び契約者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明をしました。

説明者 住 所 北見市北光 444 番地 26  
事業所名 有限会社 絆  
指定地域密着型通所介護事業所  
指定第1号通所事業所  
デイサービスきずな北光  
職 名 生活相談員  
氏 名 .....<sup>㊞</sup>

私は、契約書及び本書面により、事業所から地域密着型通所介護・第1号通所事業サービスについての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者 住 所 .....  
氏 名 .....<sup>㊞</sup>

同意者 住 所 .....  
氏 名 .....<sup>㊞</sup>  
(続柄 )