

指 定 通 所 介 護 重 要 事 項 説 明 書

デ イ サ ー ビ ス セ ン タ ー 夢 ふう せん こ ぶ し

地 域 密 着 型 認 知 症 対 応 型

介 護 予 防 認 知 症 対 応 型

デ イ サ ー ビ ス 事 業

事 業 所 番 号 0 1 9 5 0 0 0 0 7 0

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。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ご説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社 いちい
- (2) 所在地 北海道北見市西三輪4丁目720番地1
- (3) 代表者氏名 代表取締役 清水 郁代
- (4) 設立年月日 平成18年3月1日
- (5) 電話番号 0157-57-5151

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業（認知症対応型）
- (2) 事業所の名称 デイサービス 夢ふうせんこぶし
- (3) 事業所の所在地 北海道北見市西三輪4丁目720番地1
- (4) 事業所の管理者 稲部 由香
- 電話 57-5322 FAX 66-1555

(5) 職員の配置体制

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護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。（単位ごとに表示）

〈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。

① 認知症対応型通所介護事業

職 種	指定 基準	員数	兼 務 状 態
1. 事業所長（管理者）	1	1	生活相談員と兼務
2. 生活相談員	1	1	
3. 看護職員	1	1	看護職員1名は機能訓練指導員と兼務
4. 介護職員	2	3	
5. 機能訓練指導員	1	1	機能訓練指導員1名は看護職員と兼務

(6) 施設の概要	①建物の構造 木造 2 階建てのうち 1 階の一部
	②建物の延べ床面積 4 5 1 . 9 8 m ²
(7) 事業の実施地域	北見市
(8) 営業内容	営業日 月曜日～金曜日（但し、著しく利用の少ない日は除く。） 営業時間 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分 サービス提供時間 午前 9 時 1 5 分～午後 4 時 1 5 分 利用定員 1 日 1 2 名

3. 事業所の目的

介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じて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、利用者に通所介護サービスを提供します。

4. 事業所の運営方針

施設運営の基本方針に沿って、利用者の基本的人権の理念を基調とし、要支援・要介護者の方に対して、通所の方法により、入浴や食事など各種サービスの提供に努めることで、社会的孤立感の解消や心身の機能の向上を図るとともに、併せて利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることで、利用者が家族、友人などの人間関係を保ちながら、住み慣れた地域や家庭の中で楽しく生きがいのもてる生活が維持できるように支援します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対し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について、

- I 利用料金が介護保険から給付される場合
- II 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合

I 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）

(1) 【サービスの概要】

①食事（但し、食事料金は別途いただきます。）

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
（食事時間）12：00～13：00

②排泄

ご契約者の排泄、移動、移乗、その他必要な身体の介護を行います。

③入浴

利用者の身体状態に合わせた入浴介助を行ないます。

④個別機能訓練

利用者が生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送ることができるような生活援助（支援）や家庭での日常生活に必要な基礎的なサービス（訓練）及び機能低下を防ぐため必要な訓練を行います。

⑤送迎

障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者の方には、必要な支援、サービスを提供します。

⑥相談、助言

利用者及びその家族の日常生活における身上、介護等に関する相談及び助言を行います。

(2) 下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担は負担割合証に応じた額）をお支払ください。

① 認知症対応型通所介護サービス利用料金（1回あたり）

1 割負担の場合

介護度 料金内容	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所料金 介護保険 (1割負担分)	894円	989円	1,086円	1,183円	1,278円
入浴加算 介護保険 (1割負担分)	40円	40円	40円	40円	40円
食事料金 (自己負担)	640円	640円	640円	640円	640円
合計	1,574円	1,669円	1,766円	1,863円	1,958円

2 割負担の場合

介護度 料金内容	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所料金 介護保険 (2割負担分)	1,788円	1,978円	2,172円	2,366円	2,556円
入浴加算 介護保険 (2割負担分)	40円	40円	40円	40円	40円
食事料金 (自己負担)	640円	640円	640円	640円	640円
合計	2,468円	2,658円	2,852円	3,046円	3,236円

3 割負担の場合

介護度 料金内容	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所料金 介護保険 (3割負担分)	2,682円	2,967円	3,258円	3,549円	3,848円
入浴加算 介護保険 (3割負担分)	40円	40円	40円	40円	40円
食事料金 (自己負担)	640円	640円	640円	640円	640円
合計	3,362円	3,647円	3,938円	4,229円	4,528円

② サービス加算表減算表

加算項目	サービス利用料金	自己負担分
入浴介助加算(Ⅰ)	400円	40円/回
若年性認知症 利用者受入加算	600円	60円/日
科学的介護推進体 制加算	400円	40円/月
サービス提供体制 強化加算	180円	18円/回
介護職員処遇 改善加算Ⅰ口	基本サービス費 総単位数×23.6%	加算額の 1～3割負担
同一建物減算	1日につき940円	▲94円
送迎減算	片道につき470円	▲47円

※上記の加算については、当該事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に限り、算定となります。

1) 入浴加算

(加算要件)

当該事業所に通所時に入浴介助を行った場合の加算です。

2) 時間延長加算

(加算要件)

延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な事業所において、実際に延長サービスを行ったときに、当該利用者についてできる加算です。

3) 若年性認知症利用者受入加算

(加算要件)

若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当を定め介護を行った場合に必要な加算です。

4) 科学的介護推進体制加算

(加算要件)

自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するために必要なデータを収集・分析するための加算です。

5) サービス提供体制加算Ⅱ

(加算要件)

介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が50%以上配置され、人員基準に適合している体制が整った場合の加算です。

6) 介護職員処遇改善加算Ⅰロ(基本サービス費総単位数×加算率23.6%)

(加算要件)

介護職員処遇改善交付金による賃金改善の効果を継続する観点から当該交付金を円滑に介護報酬に移行し当該交付金の対象であった介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てる事を目的に創設された加算です。

注1 ご契約者が、まだ要介護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だんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)また居宅サービス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、ご契約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。

注2 ご契約者に提供する昼食費用は別途いただきます。(下記(1)①参照)

注3 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、ご契約者の負担額を変更します。

Ⅱ 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8条、2参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

（１）【サービスの概要と利用料金】

①食事の提供

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：1回あたり640円

②レクリエーション、野外活動

ご契約者の希望により、レクリエーションや野外活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料費等の実費をいただく場合があります。

④ご契約者は、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。

1枚につき 10円

※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カ月前までに説明します。

6. 利用料金のお支払方法（契約書第6条参照）

前記Ⅰ・Ⅱの料金・費用はサービス終了後、ご請求書を10日までに発行しますので、当月の20日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 現金でのお支払い。

② 指定口座からの引き去り

③ 口座への振込み

※北見信用金庫 三輪支店

普通口座 0564994

株式会社 いちい 代表取締役 清水 郁代

7. 利用の中止・変更・追加（契約書第7条参照）

- ①利用予定日の前にご契約者の都合により通所介護サービスの利用を中止、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に応し出してください。
- ②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された場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約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無かった場合 食事料金 450円

- ③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契約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契約者に提示して協議します。

8. 苦情の受付について（契約書第20条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所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。

- ① 苦情受付窓口 稲部 由香
- ② 受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：30

※ また、苦情受付ボックスをデイサービスセンターに設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

- ① 北見市役所保健福祉部介護福祉課
所在地：北見市大通西3丁目1-1
 北見市役所 保健福祉部 介護福祉課
電 話：0157-25-1144
FAX：0157-26-6323
- ② 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（国保会館内）
電 話：011-231-5161
FAX：011-233-2178

令和 年 月 日

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。
た。

デイサービス 夢ふうせんこぶし

説明者職名： 管理者 氏名 稲 部 由 香 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項
の説明を受け、指定通所介護のサービス提供
開始に同意しました。

契約者住所： 氏名 印

身元引受人住所： 氏名 印

続柄（利用者との関係）

※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8条の規程に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のため作成したものです。