

デイサービスセンターあすか

介護給付

重要事項説明書

地域密着型通所介護重要事項説明書
(令和 7年 5月 1日現在)

1 本センターが提供するサービスについての相談窓口

電 話 0166-92-5678 (午前8時30分～午後5時15分まで)

担 当 管理者 高 橋 一 恵

※ご不明な点は、何でもおたずねください。

2 本センターの概要

(1) 送迎できる範囲

名 称	デイサービスセンターあすか
所 在 地	美瑛町栄町3丁目4-32
事業所番号	0173100066
サービスを提供 する対象地域	美瑛町

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 職員の体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	社会福祉士・介護支援専門員・介護福祉士	1名(1名)		1名(1名)
生活相談員	社会福祉士(1名)・介護支援専門員(2名)、 介護福祉士(1名)	2名(2名)	1名(1名)	3名(3名)
機能訓練指導員	看護師3名		3名(3名)	3名(3名)
看護職員	看護師3名		3名(3名)	3名(3名)
介護職員	介護福祉士(5名)	3名(2名)	2名(1名)	5名(3名)

人数は専従：名、兼務は（：名）

(3) センターの設備等

定 員	10名	静 養 室	2室
食堂兼機能訓練室	1室≒58㎡	相 談 室	1室
浴 室	1室：一般浴槽	送 迎 車	2台

(4) 営業時間

月・火・水・木・金・土曜日	午前8時30分 ～ 午後5時15分
---------------	-------------------

※日曜日、元旦以外営業します。

3 提供するサービス内容

- ① 食事の提供
- ② 入浴の介助（一般浴）
- ③ 排泄の介助
- ④ 日常生活動作の機能訓練（各生活動作で必要な動作訓練等）
- ⑤ 健康チェック（検温、血圧、脈拍、体重測定・服用・健康に関する相談、記録・緊急対応等）
- ⑥ 送迎
- ⑦ アクティビティ（身体を動かす活動・音楽的活動・創作活動・ゲーム活動・行事）
- ⑧ 相談援助 など

4 料金

(1) 利用料金

① サービス料金

■地域密着型通所介護事業所

要介護度	1日あたりの自己負担額 (1割)	1日あたりの自己負担額 (2割)	1日あたりの自己負担額 (3割)
要介護度1	678円	1,356円	2,034円
要介護度2	801円	1,602円	2,403円
要介護度3	925円	1,850円	2,775円
要介護度4	1,049円	2,098円	3,147円
要介護度5	1,172円	2,344円	3,516円

※ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：1回の利用につき1割の方は18円（2割は36円、3割は54円）が加算されます。

※ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）：1ヶ月の総介護報酬額に対して、9.2%が加算されます。

※ 利用料は介護報酬額の1割です。（一定以上の所得の方は2割、3割）

■選択的サービス

選択的サービスを利用される場合には、それぞれ料金が加算されます。

- ① 送迎代
無料
- ② 入浴費
1回あたり40円（2割の方は80円、3割の方120円）、シャワー浴を含む。
- ③ 昼食代
食材費 おやつ費 調理等にかかる費用は自己負担となり、1食あたり500円になります。
- ④ コピー代
情報開示などコピー機を使用した場合は、1枚あたり10円の負担となります。

⑤ その他

上記の他、おむつ代等にかかる費用等は自己負担となります。

(2) キャンセル料

お客さまの都合でサービス利用を中止する場合、下記のキャンセル料が必要です。

①利用日の前営業日午後5時15分までに連絡があった場合	無 料
②利用日の当日午前9時までに連絡があった場合	無 料
③利用日の当日午前9時までに連絡がなかった場合	利用料金の25%

※本センターの休日にご注意ください

(3) 利用料金の支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、末日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、下記の3通りの中からご契約の際に選べます。

- | |
|---|
| <p>1 自動引き落とし 利用できる金融機関
□北海道銀行 □旭川信金 □美瑛町農業共同組合 □ゆうちょ</p> <p>2 下記指定口座への振込み
<u>口座名義人：社会福祉法人 美瑛町社会福祉協議会 会長 古村 祐一</u>
・北海道銀行 美瑛支店 普通口座 0100680
・旭川信用金庫 美瑛支店 普通口座 1007939
・美瑛町農業協同組合 普通口座 1961030
・ゆうちょ <u>口座名義人：社会福祉法人 美瑛町社会福祉協議会</u>
口座記号番号 02740-7-52083
※他行等からの振込の受取口座として利用される場合
店名「二七九（ニナナ）店（279）」、預金種目「当座」、口座番号「0052083」</p> <p>3 送迎時等現金で支払う</p> |
|---|

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。本法人職員がお伺いいたします。

サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画（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とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご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し出下さい。なお、文書は当方で用意しておりますので、必要なときはお申しつけ下さい。

② 本法人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カ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、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設等に入所した場合
- ・ 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、要支援認定区分もしくは自立と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

④ その他

- ・ 本法人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、お客様や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、または本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すぐ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3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内にお支払いがない場合、またはお客様やご家族などが本法人や本法人のサービス従業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、すぐにサービスを終了させていただきます。

6 本センターの地域密着型通所介護の特徴等

(1) 運営の方針

指定地域密着型通所介護の提供にあたっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、必要な日常生活の支援及び機能訓練の援助を行う事によって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

事業の実施にあたっては、地域並びに保険者、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(2) サービスの利用のために

事 項	有 無	備 考
日曜日の実施の有無	有・ ☒	日曜日・元旦定休日
時間延長実施の有無	☒ ・無	
従業員への研修の実施状況	☒ ・無	本事業所の年次研修計画に沿って行っております
サービスマニュアルの作成	☒ ・無	変更等適時更新しております。
送迎の有無	☒ ・無	福祉車両等にて実施しております。

(3) サービスの利用のための留意事項

- ・ 送迎の連絡方法 ：事業所までご連絡下さい。その都度、移動中

- ・体調確認と体調不良の場合の対応 : 送迎時等の状況を把握し、必要な措置を講じます。
- ・食事の内容 : 事前の聞き取りにより、食の傾向を伺い、各利用者の状況に応じた提供に心掛けます。
- ・機能訓練・アクティビティの内容 : 心身機能維持向上を目標に支援します。
- ・その他 : 状況に応じた支援に心掛けます。

主治医	主治医氏名	病院名
	連 絡 先	電話番号
家族等	氏 名 ①	続柄
	連 絡 先	電話番号
	氏 名 ②	続柄
	連 絡 先	電話番号

① 当センターご利用者相談・苦情担当
担当窓口 管理者 高橋 一 恵

② その他

名称 法人種別	社会福祉法人 美瑛町社会福祉協議会
代表者役職・氏名	会 長 古 村 祐 一
本部所在地・電話番号	美瑛町南町1丁目5-5 92-0733

定款の目的に定めた事業（１）社会福祉を目的とする事業及び実施
（２）社会福祉に関する活動への住民の参加のための支援
（３）社会福祉を目的とする事業に関する調整、普及宣伝、連絡、調整及び助成
（４）（１）から（３）のほか、社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図るために必要な事業
（５）保健医療、教育その他の社会福祉と関連する事

業との連絡

- (6) 共同募金事業への協力
- (7) ボランティア活動の振興
- (8) 心配ごと相談所事業
- (9) 生活福祉資金貸与事業
- (10) 居宅介護等事業
- (11) 美瑛町福祉センターの管理・経営
- (12) 老人デイサービス事業
- (13) その他この法人の目的達成のため必要な事業

施設・拠点等

- 1 小規模型介護予防通所介護、生活支援総合事業 1ヶ所
(デイサービスセンターあすか)
事業所番号：0173100066
- 2 訪問介護 1カ所
(美瑛町ホームヘルプサービスセンター)
- 3 居宅介護支援事業 1カ所
(美瑛町ケアプラン相談センター)
事業所番号：0173100066

令和 年 月 日

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書およ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 美瑛町栄町3丁目4-32

名 称 デイサービスセンターあすか
(事業所番号：0173100066)

説明者 高 橋 一 恵

印

私は、契約書および本書面により、事業者から地域密着型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

代行者 関係：_____

住 所

氏 名

印

個人情報使用同意書

私およびその家族の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

----- 記 -----

1. 使用する目的
事業所が、介護保険法に関する法令に従い、私が地域密着型通所介護を円滑に利用するため、指定居宅介護支援事業所や医療機関等を行う連絡調整やサービス担当者会議等において必要な場合。
2. 使用にあたっての条件
①情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。
3. 個人情報の内容
 - ・地域密着型通所介護利用に関する私や家族に関する情報。
 - ・その他の情報。
4. 使用する期間
契約締結日から契約終了日までの間。

以 上

令和 年 月 日

社 会 福 祉 法 人 美瑛町社会福祉協議会
地域密着型通所介護 デイサービスセンターあすか
会 長 古 村 祐 一 様

利 用 者 住所 _____

氏名 _____ 印

代 行 者 関係： _____

住所 _____

氏名 _____ 印