

「通所介護（デイサービス）」
「第1号通所型サービス（通所介護相当型サービス）」

重要事項説明書

（令和6年6月1日～）

当事業所はご契約者に対して通所介護サービス並びに介護予防・日常生活支援総合事業における第1号通所型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通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定並びに要支援認定の結果「要介護」並びに「要支援」、または介護予防・日常生活支援総合事業における事業対象基準に該当と認定（以下「要介護等認定」）された方が対象となります。要介護等認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	2
3. 事業実施地域及び営業時間.....	3
4. 職員の体制.....	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	4
6. 緊急時の対応法.....	11
7. プライバシーについて.....	11
8. 苦情の受付について.....	11

1. 事業者

- | | |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人白老町社会福祉協議会 |
| (2) 法人所在地 | 白老郡白老町東町4丁目6番7号 |
| (3) 電話番号 | 0144-82-6306 |
| (4) 代表者氏名 | 会長 山崎 宏 一 |
| (5) 設立年月 | 昭和27年10月1日 |

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所介護事業所
平成12年4月1日指定 北海道第0173600222号
※当事業所は、以下の加算対象サービスを実施しています。

①入浴

介護予防・日常生活支援総合事業における

第1号通所型サービス事業所

平成29年4月1日指定 白老町

令和3年11月1日指定 千歳市

- (2) 事業の目的

通所介護サービス並びに介護予防・日常生活支援総合事業における第1号通所型サービス（以下「通所介護相当型サービスという」）

要介護者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活維持、回復を図るための機能訓練及び生活の質の確保を重視した在宅生活が継続できるように支援を行います。

- (3) 事業所の名称

白老町社協デイサービスセンター

- (4) 事業所の所在地 白老郡白老町東町4丁目6番7号

- (5) 電話番号 0144-82-6306

- (6) 事業所長（管理者）氏名

白老町社協デイサービスセンター

施設長 北原良仁

- (7) 当事業所の運営方針

①要介護者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活維持、回復を図るための機能訓練及び生活の質の確保を重視した在宅生活が継続できるように支援を行うことで、利用者の社会孤立感の解消や心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることに努めます。

②事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関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します。

(8) 開設年月

〈通所介護サービス〉

平成8年1月29日

〈通所介護相当型サービス〉

平成29年4月1日

(9) 利用定員

30人

(10) 当法人が行っている他の業務

当法人では、次の事業もあわせて実施しています。

〈介護保険サービス〉

居宅介護支援事業 平成12年4月1日

訪問介護事業所 昭和45年4月1日

〈その他のサービス〉

配食サービス等

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 白老町全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日とする。(祝日は営業) ただし、12月30日から1月3日までを除く。
受付時間	月曜日～金曜日 8時15分～17時00分

〈サービス提供時間〉

通所介護サービス 9時30分～15時45分

通所介護相当型サービス 9時30分～14時30分

4. 職員体制

当事業所では、ご契約者に対して通所介護サービス並びに通所介護相当型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。

〈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。

職 種	配置人数	指定基準 (1日あたり)
管理者	1名	1名
介護職員	6名	4名
生活相談員	1名	1名
看護職員	1名	1名
機能訓練指導員	1名	1名

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間 8：15～17：00 原則として4名以上の介護職員が勤務します。
2. 生活相談員	勤務時間 8：15～17：00 原則として1名の生活相談員が勤務します。
3. 看護職員	勤務時間 8：15～17：00 原則として1名の看護職員が勤務します。
4. 機能訓練指導員	勤務時間 8：15～17：00 原則として1名の看護職員が勤務します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所が提供するサービスについて、利用料金が介護保険又は介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業という」）から給付される場合と、利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険又は総合事業の給付の対象サービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割、一定所得以上の方は8割又は7割）が介護保険又は総合事業から給付されます。

〈基本サービスの概要〉

①通所介護サービス

通所介護サービスにおける加算対象サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

②通所介護相当型サービス

通所介護相当型サービスにおける選択的サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施内容等については、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント計画(以下「介護予防計画」という)に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護相当型サービス計画に定めま

す。

<共通的服务の概要>

①食事の介助(ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。)

ア. 食事の準備、介助を行います。

イ. 当事業所では、栄養士(管理栄養士)の立てた献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

ウ. ご契約者の自立支援のため離床して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～

②排泄

ご契約者の排泄の介助を行います。

③送迎サービス

ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

<共通加算サービスの概要>

①サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

当会の介護職員は国の定める一定基準以上の比率で国家資格の有資格者を配置していますので、介護報酬の加算対象となっています。

※介護職員中、勤続10年以上の介護福祉士有資格者が25%以上配置されている。

②介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

国が定める職員のキャリアパス要件、及び職場環境等要件の基準を満たしていますので、介護報酬の加算対象となっております。

※職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系の整備、及び資質向上のための計画を策定し、研修の実施または研修の機会を設けることなど。

〈通所介護サービスにおける加算対象サービスの概要〉

通所介護サービスにおける以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額の1割（一定所得以上の方は2割又は3割）を追加料金としてご負担いただきます。

①入浴介助加算Ⅰ

国が定める入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有しておりますので、介護報酬の加算対象となります。必要に応じての介助、及び転倒予防のための声かけ、体調の確認などを行いながら、身体の状態に合わせた入浴を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することもできます。

②入浴介助加算Ⅱ

上記①に加え、介護福祉士等の専門職がご自宅を訪問し、浴室の環境や身体の状態等を踏まえて個別の入浴計画を作成し、ご自宅の浴槽に状況に近い環境にて入浴介助を行い、自宅でもご家族等の対応で入浴が可能となる様に支援致します。この際、ご自宅での入浴が難しい環境にある場合は、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行います。

〈サービスの利用頻度〉

通所介護相当型サービスを利用する曜日や内容等については、介護予防計画に沿いながら、ご契約者と協議の上決定します。ただし、ご契約者の状態の変化、介護予防計画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。

〈通所介護サービスにおける利用料金〉（契約書第7条参照）

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（自己負担額）をお支払い下さい。

（サービスの利用料金は、1回あたりの金額です。）

①基本サービス

※()は2割又は3割負担の場合

区 分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	5,840 円	6,890 円	7,960 円	9,010 円	10,080 円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,256 円	6,201 円	7,164 円	8,109 円	9,072 円
	(2割 4,672 円) (3割 4,088 円)	(2割 5,512 円) (3割 4,823 円)	(2割 6,368 円) (3割 5,572 円)	(2割 7,208 円) (3割 6,307 円)	(2割 8,064 円) (3割 7,056 円)

3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	584円 (2割 1,168円) (3割 1,752円)	689円 (2割 1,378円) (3割 2,067円)	796円 (2割 1,592円) (3割 2,388円)	901円 (2割 1,802円) (3割 2,703円)	1,008円 (2割 2,016円) (3割 3,024円)
------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

②加算サービス

ア. サービス提供体制強化加算

※()は2割又は3割負担の場合

区 分	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)
1. サービス利用料金	220円
2. うち、介護保険から 給付される金額	198円 (2割 176円) (3割 154円)
3. サービス利用に係る 自己負担額(1-2)	22円 (2割 44円) (3割 66円)

イ. 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

一か月の所定単位数の総額に92/1,000を乗じた額
(小数点以下四捨五入)

③選択的加算対象サービス

下記のサービスを利用される場合には、それぞれ料金が上記に加算されます。

入浴介助加算

※()は2割又は3割負担の場合

加算対象サービス	入浴介助加算Ⅰ	入浴介助加算Ⅱ
1. サービス利用料金	400円	550円
2. うち、介護保険から 給付される金額	360円 (2割 320円) (3割 280円)	495円 (2割 440円) (3割 385円)
3. サービス利用に係る 自己負担額(1-2)	40円 (2割 80円) (3割 120円)	55円 (2割 110円) (3割 165円)

〈通所介護相当型サービスにおける利用料金(白老町以外が保険者の場合)〉

(契約書第7条参照)

該当する保険者の定めに応じたサービス利用料金から総合事業における給付額を除いた金額(自己負担額)をお支払い頂きます。

〈通所介護相当型サービスにおける利用料金（白老町が保険者の場合）〉

（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から総合事業における給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い頂きます。

（サービスの利用料金は、1ヶ月あたりの金額です。）

①基本サービス

※()は2割又は3割負担の場合

区 分	要支援1	要支援2
1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金	17,980円	36,210円
2. うち、総合事業から給付される金額	16,182円 (2割 14,384円) (3割 12,586円)	32,589円 (2割 28,968円) (3割 25,347円)
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1,798円 (2割 3,596円) (3割 5,394円)	3,621円 (2割 7,242円) (3割 10,863円)

②共通の加算サービス

ア. サービス提供体制強化加算（I）

※()は2割又は3割負担の場合

区 分	要支援1	要支援2
1. サービス利用料金	880円	1,760円
2. うち、総合事業から給付される金額	792円 (2割 704円) (3割 616円)	1,584円 (2割 1,408円) (3割 1,232円)
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	88円 (2割 176円) (3割 264円)	176円 (2割 352円) (3割 528円)

イ. 介護職員等処遇改善加算（I）

一か月の所定単位数の総額に92/1,000を乗じた額

（小数点以下四捨五入）

〈その他の共通事項〉

- ①ご契約者がまだ要介護等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一旦お支払いいただきます。要介護等認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険または総合事業から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービ

ス計画並びに介護予防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。

②ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。(下記(2)②参照)

③介護保険からの給付額又は総合事業における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。

(2) 介護保険又は総合事業の給付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契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービスの利用

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります

②食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1回あたり550円

③レクリエーション活動

ご契約者の希望によりレクリエーション活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④行事などの写真の提供にかかる費用

行事などの際に撮影した写真のうち、ご契約者の選択した写真を提供するためにかかる費用です。

写真1枚あたり L版20円、2L版40円、A4版100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か月前までにご説明します。

(3) 交通費（契約書第7条参照）

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費1km当り40円の実費をいただ

きます。

(4) 利用料金の軽減について

〈社会福祉法人等による利用者負担金の軽減について〉

当会は白老町が実施する社会福祉法人等による利用者負担金の軽減制度の該当施設です。所定の要件を満たす方は、白老町に申請をすると利用料金の一部が軽減される場合がございます。詳しくは職員にお問合せ下さい。

(5) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）、（3）、（4）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額となる場合があります。）

ア. 下記指定口座への振り込み

室蘭信用金庫白老支店 普通預金 344-7520

白老町社協介護保険事業

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

(6) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

〈通所介護サービスについて〉

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、利用の中止、変更、又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へ申し出てください。追加変更の場合、利用定員などの都合でご希望に添えない場合があります。

〈通所介護相当型サービスについて〉

①月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防計画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。

②契約者の体調不良や状態の改善等により決定している期日よりも利用が少なかった場合、又は決定している期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。（保険者によっては可能な場合があります。）

③ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、決定している実施回数、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、介護予防計画の変更又は区分変更申請の援助等必要な支援を行います。

④保険者によっては月ごとの定額制となる場合があります。この場合、以下に該当

する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

ア. 月途中で通所介護サービス利用から通所介護相当型サービス利用に変更となった場合

イ. 月途中で通所介護相当型サービス利用から通所介護サービス利用に変更となった場合

ウ. 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

エ. 月途中で要支援度が変更となった場合

6. 緊急時の対応法（契約書第10条参照）

サービス提供中に事故が発生した場合は、事前の打合せにより、ご契約者の主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、ご契約者に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は全国社会福祉協議会と損害賠償保険契約を結んでおります。

主治医	病院名		医 師	
	住 所		電話番号	
ご家族①	氏 名		続 柄	
	住 所		電話番号	
ご家族②	氏 名		続 柄	
	住 所		電話番号	

7. プライバシーについて（契約書第11条参照）

(1) 当事業所は、ご契約者にサービスを提供するうえで知り得た情報は、決して第三者に漏らすことはありません。契約終了後も同様です。

(2) サービス担当者会議などで利用者やその家族の情報を利用するには、別に作成する同意書にてご契約者及びご家族の同意が必要となります。

8. 苦情の受付について（契約書第21条参照）

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

〈お客様相談係〉

①苦情受付窓口（担当者）

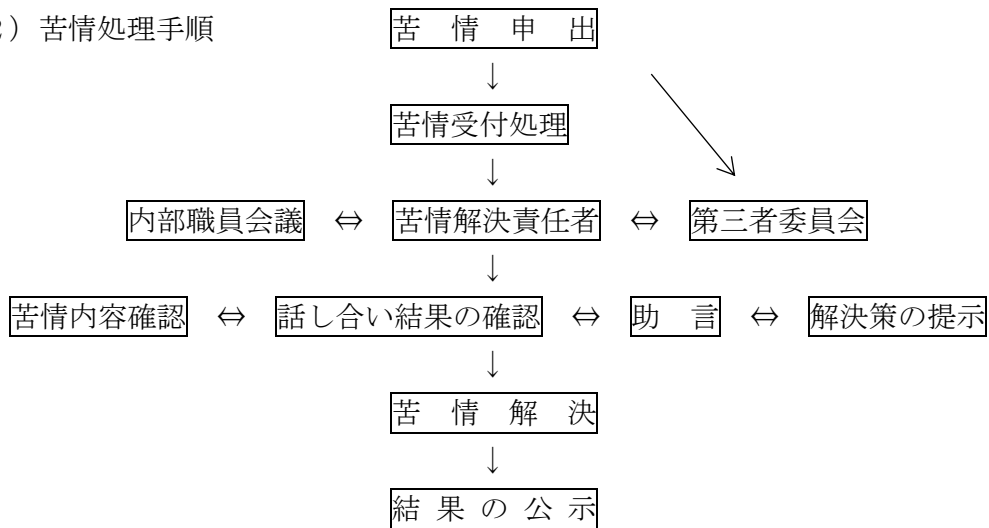
職氏名 施設長 北 原 良 仁

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：15～17：00

②苦情解決責任者

職氏名 白老町社会福祉協議会 在宅福祉課長 牧 諭 志
 電 話 0144-82-6306

(2) 苦情処理手順



(3) 行政機関その他苦情受付機関

白老町障害福祉サービス担当課	所在地 白老郡白老町東町4丁目6番7号 電話番号 0144-82-5541 FAX 0144-82-5561 受付時間 平日の 8：30～17：15
北海道社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 電話番号 011-241-3976 FAX 011-251-3971 受付時間 平日の 9：00～17：00
国民健康保険団体連合 会(運営適正化委員会)	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号 011-231-5161 FAX 011-251-3971 受付時間 平日の 9：00～17：00

令和 年 月 日

通所介護サービス並びに通所介護相当型サービスの開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

管理者名

白老町社協デイサービスセンター
施設長 北 原 良 仁

説明者職名

氏名

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、通所介護サービス並びに通所介護相当型サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名

代理者住所

氏名

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