

令和6年 6月 1日 適用

第1号通所事業サービス

重要事項説明書

社会福祉法人平取福祉会
びらとりデイサービスセンター

【目次】

事業者（法人）の概要	3 ページ
事業所の概要	3 ページ
事業の目的	3 ページ
当事業所の運営方針	3 ページ
提供するサービス内容	3 ページ
営業日時	4 ページ
事業所の職員体制	4 ページ
事業所の管理者	4 ページ
利用料	4～6 ページ
事故発生時の対応	6 ページ
苦情の受付について	7 ページ
第三者評価の実施状況	7 ページ
サービスの利用にあたっての留意事項	7 ページ
非常災害対策	7 ページ

第1号通所事業サービス

重要事項説明書

当事業所はご契約者に対するサービスの提供開始にあたり、事業者の概要や提供される内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

法人名	社会福祉法人平取福祉会
法人所在地	北海道沙流郡平取町本町50番地12
電話番号	01457-2-3232
代表者氏名	理事長 山嵜俊紀
設立年月日	昭和58年 11月 4日

2. 事業所の概要

事業所の名称	びらとりデイサービスセンター通所介護事業所
サービスの種類	平取町通所介護相当サービス
事業所の所在地	北海道沙流郡平取町本町104番地6
電話番号	01457-2-3670
開設年月日	平成 8年 4月 20日
指定年月日	平成19年 4月 1日
利用定員	1日 30名

3. 事業の目的

要支援者または事業対象者が、その有する能力に応じ可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、通所型サービスを提供することを目的とします。

4. 当事業所の運営方針

事業者は、利用者の心身の状況や家族環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

5. 提供するサービスの内容

通所型サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

6. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日
休業日	日曜日及び12月31日から1月3日まで休止
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時40分まで

7. 事業所の職員体制

従業員の職種	勤務の人数・形態
施設長	1名（兼務）
生活相談員	1名以上
看護師	1名以上
機能訓練指導員	1名以上
介護員	4名以上

8. 事業所の管理者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記の通りです。サービスの利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者氏名	施設長 乃村 昌子
---------	-----------

9. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割の額）です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。また、事業対象者は、サービスの利用回数に応じて要支援1または要支援2の方と同額になります。

（1）通所型サービス

要介護度	介護予防通所介護費（1月につき）		
	基本料金	自己負担1割	自己負担2割
要支援1	16,720円	1,672円	3,344円
要支援2	34,280円	3,428円	6,853円

※上記の基本利用料は、国が定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本料金も自動的に改訂されます。なお、その場合は事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(2) 加算サービス

①運動機能向上加算

機能訓練指導員及び看護師により、ご利用者個々の心身などの状況に適切に対応するため、個別の計画書を作成して日常生活を送るために必要な機能の回復または減退を防止するための訓練を実施した場合、下記の料金が加算されます。

要介護度	介護予防通所介護費（1月につき）		
	基本料金	自己負担1割	自己負担2割
要支援1	2,250円	225円	450円
要支援2	2,250円	225円	450円

②生活機能向上グループ活動加算

生活機能向上を目的とし、共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される、日常生活上の支援を行った場合加算されます。

要介護度	生活機能向上グループ加算（1月につき）		
	基本料金	自己負担1割	自己負担2割
要支援1	1,000円	100円	200円
要支援2	1,000円	100円	200円

③サービス提供体制強化加算（I）

介護職員全体の中で介護福祉士の資格を有する者が70%以上の場合または勤続10年以上で介護福祉士の資格を有する物が25%以上の場合下記の料金が加算されます。

要介護度	サービス提供体制強化加算I（ロ）（1月につき）		
	基本料金	自己負担1割	自己負担2割
要支援1	880円	88円	176円
要支援2	1,760円	176円	352円

④口腔機能向上加算（I）

言語聴覚士や歯科衛生士、看護職員らが共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、それに基づく適切な口腔機能向上サービスの提供、定期的な評価、計画の見直しを実施した場合、下記の料金が加算されます。

要介護度	口腔機能向上加算（I）		
	基本料金	自己負担1割	自己負担2割
要支援1	1,500円	150円	300円
要支援2	1,500円	150円	300円

⑤栄養アセスメント加算

管理栄養士や介護職員、生活相談員等が共同して栄養アセスメントを実施した場合、下記の料金が加算されます。

要介護度	栄養アセスメント加算		
	基本料金	自己負担1割	自己負担2割
要支援1	500円	50円	100円
要支援2	500円	50円	100円

⑥介護職員等処遇改善加算

介護職員等の処遇改善の為の加算です。介護給付対象額の9.2%が加算されます。

(3) その他の費用

キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡を頂いた時間に応じて、下記のキャンセル料を請求させていただきます。	
	利用日前日までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
	利用日当日にご連絡の場合	食費代の500円をキャンセル料として請求いたします。
食費	1回500円	
おむつ代	1枚100円	
複写物の交付	コピー1枚につき20円	

(4) 支払方法

前記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は1か月ごとにまとめて請求いたします。内容は以下のとおりです。

①事業者は、当月料金の合計の請求書に明細を付して、翌月15日までにご利用者または家族に送付します。

②ご利用者または家族は、当月の利用料金の合計額を翌月末日までに現金払いまたは銀行振込にてお支払い下さい。

銀行名	口座番号	口座名
苫小牧信用金庫平取支店	普通 0136723	社会福祉法人平取福祉会 びらとりデイサービスセンター
平取町農業協同組合本所	普通 0465304	施設長 乃村昌子

③事業者は、ご利用者または家族から料金の支払いを受けたときは、ご利用者に対し領収書を発行します。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供に当たり、万一事故が発生した際には、迅速且つ適切に対応するとともに、ご利用者に発生した損害が事業者側の責任による場合は、契約に基づき損害賠償請求に応じます。

1 1. 苦情の受付について（契約書第13条）

（1）当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受付いたします。

①苦情窓口

苦情受付責任者	施設長	乃村昌子
苦情受付担当者	事業係長	山崎良江
	生活相談員	橋本成正

②受付時間

月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時30分

（2）平取町の苦情受付機関

①ふれあいセンターびらとり

平取町役場保健福祉課（介護保険係・介護支援係）

平取町地域包括支援センター

電話 01457-4-6114

FAX 01457-4-6870

受付時間 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時30分

（3）国民健康保険団体連合会の介護サービスに係る苦情相談

北海道国民健康保険団体連合会 総務部介護保険企画・苦情係

電話 011-231-5161（内線6112・6113）

1 2. 第三者評価の実施状況

当施設では第三者評価は実践しておりません。

1 3. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

（1）サービスの利用時に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

（2）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。

（3）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（または地域包括支援センター）または当事業所の担当者へご連絡ください。

1 4. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、非常災害に関する具体的計画として、平取かつら園災害時対応マニュアルを準用しております。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所名	びらとりデイサービスセンター通所介護事業所
説明者職氏名	⑩

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住所	
	氏名	⑩

署名代行者 (家族)	住所	
	氏名	⑩ 続柄

立会人	住所	
	氏名	⑩