

重要事項説明書

社会福祉法人 釧路愛育協会  
デイサービス 武佐 いこい

## 目 次

1. 事業者の概要	1
2. 事業所の概要	1
3. 職員の体制	1
4. 設備の概要	2
5. 定員及び営業時間	2
6. サービスの内容	2
7. 利用料金	3
8. 秘密保持及び個人情報の保護	4
9. サービス内容に関する相談・苦情	5
10. 事故発生時の連絡先及び対応	5
11. 協力医療機関	6
12. 損害賠償	6

## 1. 事業者の概要

経営事業者の名称	社会福祉法人 釧路愛育協会
法人所在地	釧路市武佐4丁目20番10号
法人の種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 和田 敏幸
電話番号	0154-46-8181

## 2. 事業所の概要

事業の種類	指定地域密着型通所介護事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）
事業の目的	要介護状態にある方に対し、適正な地域密着型通所介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とします。 また、要支援状態にある方に対しても、介護予防・日常生活支援事業（通所型サービス）を提供することにより要支援状態の維持・改善を目的とします。
事業所の名称	デイサービス 武佐 いこい
事業所番号	0174101782
事業所の所在地	〒085-0806 住所 釧路市武佐2丁目30番15号 電話番号 0154-46-7177 FAX 0154-46-7273
管理者氏名	管理者 須田 麻梨子
当事業所の運営方針	利用者様の意思及び人格を尊重し、地域密着型通所介護計画及び通所型サービス（通所介護相当）計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、利用者様の社会的孤立感の解消及び精神的負担の軽減を図るよう支援します。
開設年月日	平成23年10月1日
利用定員	1日 15人
通常の実施地域	音別町及び阿寒町を除く釧路市の区域及び釧路町の一部地域（通所型サービスのみ）

## 3. 職員の体制

職種	配置人数	区分	職務内容
管理者	1名	常勤兼務	事業所職員の管理及び業務の管理を一元的に行います。

生活相談員	2名	常勤兼務	利用者様又はそのご家族からの相談等に対し適切に応じるとともに、必要な助言その他援助を行います。また、居宅介護支援専門員と連携し居宅サービス計画書に沿った地域密着型通所介護計画書及び通所型サービス（通所介護相当）計画書を作成します。
介護職員	6名	常勤・常勤兼務・非常勤専従	地域密着型通所介護計画及び通所型サービス（通所介護相当）計画に基づいて適切なサービス提供を行います。
看護師・准看護師	1名	非常勤兼務	利用者様の健康管理を行うほか、地域密着型通所介護計画及び通所型サービス（通所介護相当）計画に基づく看護を行います。
機能訓練指導員	1名	非常勤兼務	日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行います。
調理員	1名	非常勤専従	献立表に基づく調理の実施、盛付、配膳、食材の発注・検収、清掃、調理器具等の管理・点検、その他調理に関する業務等を行います。

※上記の職員については、併設する介護予防・日常生活支援総合事業所（通所型サービス）の職員と兼ねるものとします。

#### 4. 設備の概要

1. 食堂及び機能訓練室	1室	利用者様の全員が使用できる十分な広さを設け、食事や機能訓練に必要な備品類を備えます。
2. 浴室	1室	十分な広さの浴室に機械浴槽と一般浴槽を設け、入浴に必要な備品類を備えます。
3. 相談室	1室	プライバシーの保護のため、遮へい物を設置しています。
4. 静養室	1室	ベッドを設け、静養に必要な備品類を備えます。

#### 5. 定員及び営業時間帯

定員	営業日	営業時間	サービス提供時間
15名	月～金曜日（但し、祝祭日、12月31日から1月3日及び8月15日から8月16日を除く）	9:00～16:30	9:00～16:30

## 6. サービスの内容

介護保険法で定める地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）を実施します。なお、居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って介護保険法で定める地域密着型通所介護サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）を実施します。

### （1）主なサービス

- ①健康チェック : 体温・血圧・脈拍の測定等。
- ②個別機能訓練 : 日常動作訓練、歩行訓練・体操・機能訓練等。
- ③食事 : 昼食・食後のコーヒー・おやつを提供。
- ④入浴 : 入浴の提供。
- ⑥排泄 : 随時、排泄介助。（おむつ利用の方は持参ください）
- ⑤レクリエーション等 : 集団的に行うレクリエーション活動や創作活動。（行事によっては、別途費用がかかるものもあります）
- ⑥相談対応 : お客様やそのご家族の生活相談等の対応。
- ⑦送迎 : お客様の居宅から本事業所までの送迎。

### （2）サービス利用の留意事項

- ① 職員の指示に反した行為はご遠慮ください。
- ② サービス提供上必要な場合を除き、利用者様の現金、通帳、健康保険証、印鑑等の貴重品はお預かりすることはできかねますのでご了承ください。
- ③ 喧嘩、暴力等の迷惑行為はご遠慮ください。
- ④ 発火の恐れのある物品は所内に持ち込まないでください。
- ⑤ 利用者様同士で金銭及び物品の貸借をしないでください。
- ⑥ 故意に事業所もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すことをしないでください。
- ⑦ 事業所内は禁煙ですのでご協力お願いいたします。  
これらの事項を守らない場合、契約を解除する場合があります。

## 7. 利用料金

### （1）保険が適用される基本料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、事業者が代理受領いたしますので、利用者が負担する額は、所得額により次の基本料金の1割もしくは、2割となります。ただし、支給限度基準額を超えた分に関しましては、全額自己負担となります。

\*地域密着型通所介護費及び介護予防日常生活支援総合事業（通所型サービス費）

要介護等の区分	サービス提供時間	基本料金	利用者負担金(1割負担)	利用者負担金(2割負担)	利用者負担金(3割負担)
要支援1	月額包括報酬	17,980円/月	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月
	利用1回毎出来高	4,360円/回	436円/回	872円/回	1,308円/回
要支援2	月額包括報酬	36,210円/月	3,621円/月	7,242円/月	10,863円/月
	利用1回毎出来高	4,470円/回	447円/回	894円/回	1,341円/回
要介護1	3～4時間	4,160円/回	416円/回	832円/回	1,248円/回
	4～5時間	4,360円/回	436円/回	872円/回	1,308円/回
	5～6時間	6,570円/回	657円/回	1,314円/回	1,971円/回
	6～7時間	6,780円/回	678円/回	1,356円/回	2,034円/回
	7～8時間	7,530円/回	753円/回	1,506円/回	2,259円/回
	8～9時間	7,830円/回	783円/回	1,566円/回	2,349円/回
要介護2	3～4時間	4,780円/回	478円/回	956円/回	1,434円/回
	4～5時間	5,010円/回	501円/回	1,002円/回	1,503円/回
	5～6時間	7,760円/回	776円/回	1,552円/回	2,328円/回
	6～7時間	8,010円/回	801円/回	1,602円/回	2,403円/回
	7～8時間	8,900円/回	890円/回	1,780円/回	2,670円/回
	8～9時間	9,250円/回	925円/回	1,850円/回	2,775円/回
要介護3	3～4時間	5,400円/回	540円/回	1,080円/回	1,620円/回
	4～5時間	5,660円/回	566円/回	1,132円/回	1,698円/回
	5～6時間	8,960円/回	896円/回	1,792円/回	2,775円/回
	6～7時間	9,250円/回	925円/回	1,850円/回	1,844円/回
	7～8時間	10,320円/回	1,032円/回	2,064円/回	3,096円/回
	8～9時間	10,720円/回	1,072円/回	2,144円/回	3,216円/回
要介護4	3～4時間	6,000円/回	600円/回	1,200円/回	1,800円/回
	4～5時間	6,290円/回	629円/回	1,258円/回	1,887円/回
	5～6時間	10,130円/回	1,013円/回	2,026円/回	3,039円/回
	6～7時間	10,490円/回	1,049円/回	2,098円/回	3,147円/回
	7～8時間	11,720円/回	1,045円/回	2,344円/回	3,516円/回
	8～9時間	12,200円/回	1,220円/回	2,440円/回	3,660円/回
要介護5	3～4時間	6,630円/回	663円/回	1,326円/回	1,989円/回
	4～5時間	6,950円/回	695円/回	1,390円/回	2,085円/回
	5～6時間	11,340円/回	1,134円/回	2,268円/回	3,402円/回
	6～7時間	11,720円/回	1,172円/回	2,344円/回	3,516円/回
	7～8時間	11,720円/回	1,312円/回	2,624円/回	3,936円/回
	8～9時間	13,650円/回	1,365円/回	2,730円/回	4,095円/回

※ 基本料金は、実際に要した時間ではなく、居宅サービス計画に定められた地域密着型通所介護サービスの提供時間を基準とします。

※ 2時間以上3時間未満の地域密着型通所介護サービスを行う場合は、上記の3～5時間の70%の金額になります。

※要支援の方は、月額包括報酬を基本としますが、次の条件により利用1回毎の出来高を適用します。

条件①退院直後等で状態が不安定で1か月を通しての利用が不明な場合。

条件②暫定利用の場合。

条件③途中でサービス利用が中止・停止する事があらかじめ決まっている場合。

条件④月途中からの利用開始の場合。

## ②各種加算

加算の種類	基本料金	利用者負担金 (1割負担)	利用者負担金 (2割負担)	利用者負担金 (3割負担)
入浴介助加算(Ⅰ)	400円/日	40円/日	80円/日	80円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180円/日	18円/日	36円/日	36円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (介護予防)	要支援① 720円/月 要支援② 1440円/月	72円/月 144円/月	144円/月 288円/月	144円/月 288円/月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (共通)	所定の介護サービス費及び各加算により算定された1カ月の単価に9.2%を掛けた金額	左記の算定した額の1割の額	左記の算定した額の2割の額	左記の算定した額の3割の額

## (2) その他自己負担となる料金(保険外の費用で、全額負担となる費用)

種類	基準額	備考
食事の提供に要する費用	500円/食	
おやつ代	50円/食	
紙おむつ	120円/枚	替えをお持ち頂いた場合を除く
紙パンツ	100円/枚	替えをお持ち頂いた場合を除く
尿取りパット	30円/枚	替えをお持ち頂いた場合を除く
創作活動関係材料費	200円/月	ぬり絵、ちぎり絵、手芸等・脳トレなど活動費等
行事活動のなどのレクリエーション費用	実費	内容によって異なります
その他日常生活において通常必要となるものに係る費用	実費	
サービス提供地域外の送迎	16円/キロ	サービス提供地域を超えた地点から居宅までの距離



## (1) 利用者相談・苦情窓口

受付時間 営業時間内  
苦情受付担当者 管理者 須田 麻梨子  
電話番号 0154-46-7177

## (2) その他

事業者以外に、苦情解決第三者委員、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

※ 苦情解決第三者委員



住所  
電話



住所  
電話



## 10. 事故発生時の連絡先、及び対応

### (1) 事故発生時の連絡先

事故発生時等の緊急連絡先は、次のとおりです。尚、これらの連絡先は、予め担当の職員より確認させていただきます。

#### ①緊急連絡先

お 名 前		続 柄	
電 話 番 号			
備 考			

#### ②主治医連絡先

医 療 機 関 名		主 治 医 名	
電 話 番 号			
備 考			

### ③担当居宅介護支援事業者連絡先

居宅介護支援事業所名		担当ケアマネージャー名	
電 話 番 号			
備 考			

## (2) 事故発生時の対応

利用者様に対し、自ら提供した通所介護により事故が発生した場合、以下の対応を実施します。

- ① 利用者様の安全確保
- ② 事故発生状況・内容の確認
- ③ 管理者への報告
- ④ ご家族等、市町村・居宅介護支援事業者への連絡
- ⑤ 事故の解決に向けた対応の実施
- ⑥ 事故発生原因の解明、及び再発防止への措置
- ⑦ 利用者様への、事故解決経過・結果の説明

## 11. 協力医療機関

下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、利用者様の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

### (1) 協力医療機関

名称 医療法人 扶恵会 釧路中央病院  
住所 釧路市黒金町8丁目3番地

### (2) 協力歯科医療機関

名称 医療法人社団 木の実歯科クリニック  
住所 釧路郡釧路町曙1丁目1番地7

## 12. 損害賠償

利用者様に対する処遇により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに、別に定める災害補償規程に基づいて賠償を行うものとします。

令和 年 月 日

当事業所の指定地域密着型通所介護サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）の開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明し交付しました。

事業者 所在地 釧路市武佐2丁目30番15号

事業所名 社会福祉法人 釧路愛育協会  
デイサービス 武佐 いこい  
理事長 和田 敏幸 印

説明者 印

利用者様並びに代理人様は、契約書及び本書面により、事業者から指定地域密着型通所介護サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）についての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者様 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人等 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印