

通所介護・第1号通所事業

重 要 事 項 説 明 書

デイサービスセンターのべる手

1 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンターのべる手
所在地	函館市中道1丁目33番7号
提供可能サービス	通所介護、第1号通所事業（国基準通所型サービス）
介護保険指定事業者番号	0171404171号
事業所管理者	江田 京平
事業所連絡先	(0138) 33 - 1230
サービス提供地域	函館市（旧4町村を除く）北斗市、七飯町とする。

2 事業所の職員体制

職 種	業 務	人 員
管理者	事業所の管理	1名（常勤介護職員兼務1名）
生活相談員	相談支援・生活相談	3名（常勤専従1名・常勤介護職員兼務2名）
介護職員	日常生活上のお世話等	6名（常勤専従3名・常勤管理者兼務1名・常勤生活相談員兼務2名・非常勤専従1名・）
機能訓練指導員	機能訓練の計画、指導等	2名（常勤看護職員兼務2名）
看護職員	健康管理及び日常生活上のお世話等	2名（常勤機能訓練指導員兼務2名）

3 営業時間

サービスの種類	営業日・営業時間	休 み
通所介護 第1号通所事業 (国基準通所型サービス)	月曜日～日曜日 9:15～16:20 (延長サービス:19:30迄)	なし

4 苦情の受付について

(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。

- 苦情受付窓口担当者 管理者：江田 京平
生活相談員：長谷川 直輝 佐々木 淳子
- 受付時間 月曜日～日曜日 8:30 ～ 17:30まで
- 電話・FAX (0138) 33-1230 ・ (0138) 33-1231
- 対応方法 ①利用者及びその家族より事業に関する苦情があった場合は、迅速かつ適切な措置を講ずると共に、苦情内容及び苦情に際し取った処置を記録します。
②市町村より指導又は助言を受けた場合は、必要な改善を行います。
③事業所は、苦情がサービスの向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち苦情の内容を踏まえてサービスの質の向上に向けた取り組みを行います。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

函館市保健福祉部 高齢福祉課 相談支援担当 (養護者による高齢者虐待)	所在地 : 函館市東雲町4番13号 電話番号 : (0138) 21-3025 FAX番号 : (0138) 26-5936 対応時間 : 月曜日～金曜日 8:45～17:15
函館市保健福祉部 指導監査課 高齢者担当 (要介護施設従事者による 高齢者虐待)	所在地 : 函館市東雲町4番13号 電話番号 : (0138) 21-3926 (0138) 21-3927 (0138) 21-3923 対応時間 : 月曜日～金曜日 8:45～17:15
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 電話番号 : (011) 231-5175 FAX番号 : (011) 233-2178 対応時間 : 月曜日～金曜日 9:00～17:00ま で

5 利用料金

介護保険等での利用料金の自己負担金額は下記のとおりです。但し、介護保険等で定められた範囲を超えた場合には全額自己負担となります。

通所介護利用料金表（通常規模型通所介護費） ※自己負担額

	1回あたりの利用料金（7時間以上8時間未満）		
	1割	2割	3割
要介護1	658円/回	1,316円/回	1,974円/回
要介護2	777円/回	1,554円/回	2,331円/回
要介護3	900円/回	1,800円/回	2,700円/回
要介護4	1,023円/回	2,046円/回	3,069円/回
要介護5	1,148円/回	2,296円/回	3,444円/回
入浴加算	40円/回	80円/回	120円/回
個別機能訓練加算Ⅰ	56円/回	112円/回	168円/回
サービス提供体制強化加算	18円/回	36円/回	54円/回
科学的介護推進体制加算	40円/月	80円/月	120円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	(基本単位+各種加算) × 11.8%		

第1号通所事業（国基準通所型サービス）料金表 ※自己負担額

	1月あたりの利用料金		
	1割	2割	3割
要支援1	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月
要支援2	3,621円/月	7,242円/月	10,863円/月
サービス提供体制強化加算	支援1: 72円/月 支援2: 144円/月	支援1: 144円/月 支援2: 288円/月	支援1: 216円/月 支援2: 432円/月
科学的介護推進体制加算	40円/月	80円/月	120円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	(基本単位+各種加算) × 11.8%		

- ① 介護保険等適用外の以下の費用については全額自己負担となります。

食事料金・昼	720円/食
おやつ代	80円/食
バスタオル	65円/枚
フェイスタオル	40円/枚
尿パット	60円/枚
リハビリパンツ	160円/枚
紙オムツ	180円/枚
夕食（延長サービス利用時）	720円/食

- ② ①に上げるもののほかに通所介護等において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び費用について事前に説明した上で、支払いに同意を得ることとします。

6 料金の支払い方法

- ・利用料金の支払方法は、現金徴収又は当法人の指定する口座振り込みとします。当月の請求金額をその月20日までに現金で支払うもの、または口座振り込みとします。
- ・支払方法につきましては、上記以外のご希望があればご相談に応じます。
- ・毎月15日頃までに前月分の請求書を発行いたします。

指定口座への振り込み（次の金融機関に限らせていただきます。）

＊金融機関： 北洋銀行

店 名： 五稜郭公園支店 店番号： 328

預金項目： 普通種目

口座番号： 4162560

会 社 名： 株式会社のべる手 代表取締役 斎藤 修

○ 利用のキャンセルについて

利用者のご都合でサービスを中止する場合には、サービス利用日の前日までにご連絡下さい。

連絡先	デイサービスセンターのべる手	(0138) 33-1230
-----	----------------	----------------

- ※ 通所介護等の利用者が当日のキャンセルをする際は、次のキャンセル料金を申し受けることになりますので、ご了承下さい。但し、利用者の容態の急変等、緊急やむを得ない事情がある場合、キャンセル料金は不要です。又、キャンセル料金は、利用者負担の支払いに合わせしてお支払い頂きます。

時 期	キャンセル料金
利用予定日の前日 17:30 までに申出があった場合	無 料
利用予定日の前日 17:30 までに申出がなかった場合	当日の利用料金の50%

7 緊急時の対応

通所介護等の提供中に利用者の容態が急変した場合は、その状況に応じて速やかに主治医、救急隊、親族、地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所へ連絡いたします。

- ※ 緊急受診の際、適切な医療が施せるように、受診先の医師へ当事業所の看護職員から、医療情報を提供いたします。情報が過去のもので現在と違う場合は適切な医療が施せない場合があります。病状や服薬内容が変わった場合には、必ずご連絡下さい。

8 事故発生時の対応

通所介護等の提供により事故が発生した場合には、速やかに必要な措置を講じます。又、賠償すべき事故が発生した場合には損害を速やかに行います。

9 当事業所のサービス方針

- (1) 通所介護、第1号通所事業（国基準通所型サービス）を提供する際は、利用者の要支援状態又は要介護状態の軽減、若しくは悪化の防止、予防に資するよう、通所介護計画等に基づき計画的にサービスを行うとともに、自らその提供する通所介護等の質の評価を行い、常にその改善を図るよう努めるものいたします。
- (2) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めるものいたします。

1 0 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組			あり
北海道福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

1 1 当法人の概要

- 名 称 株式会社 のべる手
- 代表者 代表取締役 斎藤 修
- 所在地 函館市北美原2丁目3番18号
- 電話番号 (0138) 47-4623
- 業務概要 介護事業 及び給食事業
- 給食事業

その他

- 送迎のお時間に関しましては、通所介護等で提供される行事や、天候等及び冬期間の路面状況により、若干の変更が伴いますことをご了承下さい。

重要事項説明同意書

当事業所は、指定通所介護及び指定介護予防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。

説明者 **デイサービスセンターのべる手** 氏名 _____

令和 年 月 日

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、指定通所介護及び指定介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 _____
氏 名 _____

私は、下記の理由により、利用者に代わって上記署名を行いました。
代筆理由 ☐ 身体状況により ☐ 認知症により ☐ その他

代筆者 住 所 _____
氏 名 _____ 続柄 _____

身元引受人 住 所 _____
氏 名 _____ 続柄 _____