

共用型介護予防認知症対応型通所介護

共用型認知症対応型通所介護

デイサービス雪ぼうし

重要事項説明書

医療法人社団 翔仁会

デイサービス雪ぼうし

重要事項説明書

1. 事業者

事業主体名 医療法人社団 翔仁会
代表者氏名 副理事長 對馬 眞智子
法人所在地 北広島市輪厚704番地31

2. 事業所の概要

事業所の種類	共用型介護予防認知症対応型通所介護 共用型認知症対応型通所介護
事業所の名称	デイサービス雪ぼうし
事業所の所在地	北広島市輪厚704番地31
電話番号等	TEL 011-377-3914 FAX 011-377-3934
開設年月日	令和2年10月1日
指定年月日	令和2年10月1日
介護保険事業者番号	0171300171
利用定員	3名
共用施設の概要	台所・食堂・デイルーム・浴室・脱衣室・玄関・トイレ・洗面所
緊急対応防犯防災設備	火災報知器、消火栓、スプリンクラー、自家発電機

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 事業実施地域

北広島市大曲・西部地区。
他の地域については要相談とする。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜～金曜日（但し、祝日・8月15日・12月30日～翌1月3日は休業）
受付時間	月曜～金曜日 8時50分～17時15分
サービス提供時間	月曜～金曜日 9時00分～17時00分

4. 職員体制

管理者氏名 今莊 雅理

職名	人数	内容
管理者	1名	常勤で兼務
看護師	2名	常勤で兼務
介護職員	5名	常勤で専従

5. 勤務体制

管理者	午前 8 時 50 分から午後 5 時 15 分
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日勤：午前 8 時 50 分から午後 5 時 15 分 ・ 遅出：午前 10 時 35 分から午後 7 時 00 分 原則として利用者 3 名に対し 1 名以上の職員を配置。

< 職務内容 >

① 管理者

管理者は、職員及び業務実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うと共に、法令等において規定されている介護サービスの実施に関し、職員に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行います。

② 介護職員

介護職員は、利用者に対し必要な介護、支援を行います。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料

(1) 介護保険の給付となるサービス

< サービスの概要 >

利用料について	介護保険負担割合証に基づいた割合が自己負担となります。
食事の提供	☆栄養と利用者の身体状況及び嗜好を配慮し、バラエティに富んだ食事を提供します。(食事代は、給付対象外です) ☆食事等時間の目安 昼食 12:00～13:00 お茶とおやつ 15:00頃
排泄の介助	☆利用者の心身の状況に応じて、適切な排泄援助を行うと共に、排泄の自立に向けても適切な援助を行います。 ☆おむつを使用する利用者に対しては、必要時に交換します。
入浴の介助	☆入浴介助又は清拭を行います。(入浴希望者が該当。加算あり。)
機能訓練	☆日々の体操、レクリエーションの他に、日常的に炊事、掃除、洗濯、買い物、行事等に参加頂き、出来ることから無理なく楽しく行って頂けるよう援助します。
健康管理	☆利用毎にバイタルチェックを行い、日常の健康状態を把握し健康管理に努めます。
送迎サービス	☆ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
通所介護計画	☆利用サービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者間で協議した上で認知症対応型通所介護計画又は介護予防認知症対応型通所介護計画に定めます。

<サービス利用料（1回あたり）>

下記の料金表によって、ご契約の要支援、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。

※介護保険負担割合証に基づいて自己負担額が変わります。（下記表は1割負担の場合）

<認知症対応型通所介護費、介護予防認知症対応型通所介護費> ※5時間以上6時間未満利用の場合

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
利用料金	4,130円	4,360円	4,450円	4,600円	4,770円	4,930円	5,100円
保険給付額	3,717円	3,924円	4,005円	4,140円	4,293円	4,437円	4,590円
自己負担額	413円	436円	445円	460円	477円	493円	510円

<加算> 1割負担の場合の自己負担額

入浴介助加算	1日	40円	入浴中の介助を行った場合に算定。（利用者の観察を含む）
送迎減算	1回	-47円	送迎を行わなかった場合に片道47円を減算します。
若年性認知症受入加算	1日	60円	受け入れた若年性認知症の入居者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該入居者の特性やニーズに応じたサービスを行うことで加算されます。（※対象者のみ）
科学的介護推進体制加算	1日	40円	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していることで加算されます。
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1日	22円	介護職員の総数のうち介護福祉士の総数の割合が60%以上配置されていることで、加算されます。
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に18.1%を加算		キャリアパス要件①及び②に適合し、職場環境等要件を満たす平成27年4月以降実施する取り組みの計画書を作成していること。

◎ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。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。

◎介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金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食事の提供に係る費用（食費）

利用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 450円

②レクリエーション、行事等

利用者の希望により、レクリエーションや行事に参加していただくことができます。

料金：実費（材料代等・外出先での出費）

③日常生活上必要となる諸費用実費

通所介護事業所において提供される便宜のうち、利用者に負担させることが適当と認められる費用。

7. 利用料金のお支払方法

◎前記6の料金・費用は1カ月ごとに計算し、毎月10日すぎに請求しますので当月30日までに、当施設窓口もしくは下記の口座にお支払下さい。

銀行名 北海道銀行北広島支店 口座番号（普）0757029	名義 医療法人社団 翔仁会 グループホーム 雪ぼうし 理事長 對馬 伸泰
----------------------------------	--

8. 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止、変更、または追加を希望される場合は、担当のケアマネージャーへ申し出て下さい。

中止を希望される場合、利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合は取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日まで申し出がなかった場合	当日の利用料金の自己負担額相当

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

9. 緊急時の対応について

あらかじめ緊急時の連絡先をお伺いしておき、サービス提供中に利用者に体調が悪くなるような事態には、連絡先へ連絡いたします。緊急の場合は救急搬送を依頼することもあります。

協力医療機関等：輪厚三愛病院、介護老人保健施設エスポワール北広島、介護付有料老人ホーム悠々

10. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況及びその際の対応を記録します。
- (2) 事業者は、事故が発生した場合は、その原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じます。
- (3) 事業者は利用者に対するサービス提供により発生した事故等により、利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意または過失によらない場合はこの限りではありません。

11. 外部評価の実施

- ・実施義務ないため、現在実施していない。

12. 苦情の受け付け

(1) 当施設における苦情の受付（苦情やご相談は下記の窓口で受け付けております）

- ・ 苦情受付担当者 管理者 今莊 雅理
- ・ 受付時間 平日 8：50～17：15

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

- ・ 北広島市役所（高齢者支援課） 電話（011）372-3311
- ・ 北海道国民健康保険団体連合会 電話（011）231-5175
- ・ 北海道（保健福祉部介護保険課） 電話（011）231-4111

重要事項説明書

令和 年 月 日

重要事項の説明者

医療法人社団翔仁会

デイサービス 雪ぼうし

管理者 今庄 雅理 印

私は、本書面に基ついて重要事項の説明を受けたことを確認し、サービス開始に同意致します。

利用者 氏 名

印

身元保証人 氏 名

印