

(介護予防) 通所介護事業所
桜丘デイサービスセンター
TEL 0165-22-3535

『介護予防通所介護・通所介護』 重要事項説明書

当センターは、介護保険の指定を受けています。
(北海道 第0173200924 号)

当センターは利用者に対して介護予防通所介護及び通所介護サービスを提供します。
センターの概要及び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
次のとおり説明します。

◇◇ 目 次 ◇◇

- | | | |
|---|-------------------|---------|
| 1 | 介護予防通所介護・通所介護の内容 | 2 ページ |
| 2 | センターの概要 | 2 ページ |
| 3 | 当センターが提供するサービスと料金 | 2～4 ページ |
| 4 | 苦情の受付に対して | 5 ページ |

1 予防・通所介護の内容

営業日	月曜日～金曜日まで (祝日及び12月30日～1月4日までを除く)
受付期間	月曜日～金曜日 午前 8時45分～午後5時30分
サービス提供時間	月曜日～金曜日 午前10時15分～午後3時30分

2 桜丘デイサービスセンターの概要

運営主体	社会福祉法人 三愛会
名称	桜丘デイサービスセンター
所在地	士別市東11条4丁目3029番地19号
介護予防通所介護・通所介護	指定介護予防通所介護・通所介護
通所介護保険指定番号	北海道指定 第0173200924号
通所定員	20名
サービスをする対象地域	士別市内(地域外でもご希望の方は、ご相談ください)

(1) 同センターの職員及び勤務体制

職 種	職 員	勤 務 体 制
1 施設長(管理者)	1名(兼務)	午前8時45分～午後5時30分
2 生活相談員	1名	
3 介護職員	5名	午前8時45分～午後5時30分
4 看護職員	1名	午前9時45分～午後4時45分
5 栄養士	1名(兼務)	午前8時45分～午後5時30分

(2) 同センターの設備の内容

設 備 の 種 類	室 数	備 考
食堂	1室	介護者教室・相談室
休憩室	1室	機能訓練室・日常動作訓練室
浴室	2室	一般浴室・特殊浴室

3 当センターが提供するサービスと料金

当センターでは、利用者に対し以下のサービスを提供します。

当センターが提供するサービスについて

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

(2) 利用料金の全額を利用者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険等の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(9割)が介護保険から給付されます。

【サービスの概要】

- ①送 迎 自宅前までバスなどの車両にて送迎いたします。
- ②入 浴 寝たきりでも機械浴を使用し入浴することができます。

- ③排 泄 利用者の排泄の介助をいたします。
- ④食 事 当センターでの昼食は、栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供させていただいております。また、利用者の自立支援のため離床し、食事を取っていただくことを原則としています。

【サービス利用料金】

以下の料金表によって、利用者の介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払ください。

1 指定通所介護サービス（通常規模型：送迎含む） （1日あたり）

利用料金及び食費	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1 利用者の介護度別サービス利用料金 10割	5,720円	6,760円	7,800円	8,840円	9,880円
2 うち、介護保険から給付される金額 9割	5,148円	6,084円	7,020円	7,956円	8,892円
3 自己負担金 (1-2) 1割	572円	676円	780円	884円	988円
4 食費(昼食1食分 自己負担)	550円				
5 利用者の自己負担額 合計 (3+4)	1,122円	1,226円	1,330円	1,434円	1,538円

2 指定介護予防通所介護サービス（送迎、入浴含む） （1ヶ月あたり）

利用料金及び食費	要支援1	要支援2
1 利用者の介護度別サービス利用料金 10割	16,470円	33,770円
2 うち、介護保険から給付される金額 9割	14,823円	30,393円
3 自己負担金 (1-2) 1割	1,647円	3,377円
4 食費(昼食1食分 自己負担)	550円	
5 利用者の自己負担額 合計 (3+4)	2,197円から	3,927円から

※サービス料金は、利用者の介護度、実施内容等に応じて異なります。

※各種加算につきましては、介護保険法により各種加算の1割をいただきます（以下は10割負担分）。

- ・サービス提供体制強化加算

通所介護Ⅰ又はⅡ（要介護1～5）	→	60～180円/回
予防通所介護Ⅰ又はⅡ（要支援1）	→	240～720円/月
（要支援2）	→	480～1440円/月
- ・入浴介助加算

通所介護のみ	→	500円/回
--------	---	--------
- ・生活機能向上グループ活動加算

介護予防通所介護のみ(算定者に限る)	→	1,000円/月
--------------------	---	----------
- ・介護職員処遇改善加算

通所介護（要介護1～5）	→	およそ250～450円/回
予防通所介護（要支援1～2）	→	およそ700～1,450円/月

※介護保険の給付額変更があった場合、変更された額にあわせて利用者の負担額を変更します。

※利用者が要支援・要介護の認定を受けていない時は、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。

要支援、要介護の認定を受けた後、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）。

又居宅サービス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、利用者が保険給

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」を交付いたします。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

【サービスの概要と利用料金】

- ① 食事（昼食）の提供（食材料費＋調理光熱費） 料金：1日（1食）550円
- ② 通常の事業実施区域外への送迎
通常の事業実施区域外の地区にお住まいの方で当センターを利用される場合は、お住まいと当センターとの間の送迎費用として別途料金をいただきます。
- ③ レクリエーション等
利用料金：バスハイキング等、当センター以外で行事をする場合は、食事代・施設利用料等の実費を負担していただく場合があります。
- ④ 複写物の交付
サービス提供についての記録は月～金曜日（祝祭日を除く）の8時45分～17時30分の間に、所定の申出書を提出していただいたのち、閲覧することができます。なお、複写物を必要とする場合は複写（コピー）を交付します。（無料）
- ⑤ 日常生活で必要となる諸費用実費
日常生活の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担していただくことが適当であるものに係わる費用を負担いただきます。

◎ おむつ代 ： オムツは利用者が必要に応じて利用日に持参ください。お忘れになった場合は、当センターの物を使用していただき、後日現物にてお返し下さい。

※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は、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1ヶ月前までにご説明します。

※利用料金の発生基準：遅参・早退については、利用時間が3時間を超え、尚且つ昼食を食べ、送迎のどちらかを利用した場合には1日分の利用料金を頂きます。

(3) 利用料金のお支払方法

前記（1）、（2）の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し請求致しますので、これを請求があった月の28日位までにお支払下さい。

- お支払いにつきましては、①ご利用の際当センターにてお支払い、②社会福祉法人三愛会が指定する金融機関で手数料とともに口座振り込み、のいずれかによりお願いいたします。

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日前に利用者の都合により通所サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することが出来ます。この場合には、サービス実施日の前日までに当センターへ申し出てください。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、当センター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出来ない場合、他の利用可能日を利用者に提示し協議します。
- 利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することが出来ます。その場合は既に実施されたサービスについては、利用料はお支払いいただきます。

4 個人情報保護について

目的 利用者の通所・予防通所計画により、円滑な各種サービスを提供するため、担当者会議・介護支援専門員会議・連絡調整等で必要な場合に限りします。

5 苦情の受付について

(1) 当センターにおける苦情の受付

当センターにおける苦情及びご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 (担当者) 管理者 岡 大輔 電話 0165-22-3535

○受付期間 月～金曜日(祝日及び12月30～1月4日までを除きます)

午前8時45分～午後5時30分

(2) 行政機関その他苦情受付期間

士別市役所 介護保険課

所在地 士別市東6条4丁目

電話 0165-23-3121

受付期間 午前8時30分～午後5時15分

平成 年 月 日

介護予防通所介護・通所介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を致しました。

介護予防通所介護・通所介護事業所 桜丘デイサービスセンター 生活相談員 高橋 忠雄 ㊞

私は、本書面に基づいて、事業者からの説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意いたしました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

代理人

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

続 柄 _____ 電 話 _____