

『介護予防・日常生活支援総合事業』

重要事項説明書

この説明書は、斜里デイサービスセンターの概要並びに平成12年度より実施されている介護保険制度に基づくサービス内容・利用料金等を詳細に説明しているものです。

斜里デイサービスセンターに通所される方は、必ずお読み頂き大切に保管してください。

【 目 次 】

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 職員の配置
4. 提供するサービスと利用料について
5. 苦情の受付について
6. 事故発生時の対応
7. 苦情処理を行うための処理体制
8. 虐待防止のための措置に関する事項
9. ハラスメントに関する事項

令和7年4月改定

社会福祉法人 斜里町社会福祉協議会
斜里デイサービスセンター

1. 事業者

- (1) 事業者名 社会福祉法人斜里町社会福祉協議会
- (2) 所在地 北海道斜里郡斜里町文光町52番地17
- (3) 電話番号 0152-23-4704
- (4) 代表者名 斜里町社会福祉協議会 会長 三浦 勝利

2. 事業所（デイサービスセンター）の概要

- (1) 事業所の種類 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）
(指定日：平成28年3月1日)
- (2) 事業所番号 0175300383
- (3) 事業所の目的
利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
- (4) 施設名称 社会福祉法人斜里町社会福祉協議会
斜里デイサービスセンター
- (5) 開設所在地 北海道斜里郡斜里町青葉町40番地1
- (6) 電話・FAX番号
電話 0152-23-2013 FAX 0152-23-6555
- (7) センター長 小形世知アンジェロ
- (8) センター運営方針
 - 職員は利用者一人一人の介護予防通所介護計画書に添ったケアを基本として、利用者とその家族がより良き在宅生活が営まれるための、細かいサービスを提供してまいります。
 - 介護の中心となるスタッフの資質の向上に努めてまいります。
 - 地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図るとともに、ボランティアや保育園、小・中・高校生、さらに自治会や関係する団体との連携を図りながら地域に開かれたデイサービス事業の運営に積極的に取り組んでまいります。
 - 民間福祉の中核として、社協らしさを前面に押し出し、利用者の意思及び人格を尊重し利用者が「通所してよかった」と思えるデイサービス事業を運営してまいります。
 - サービスの提供にあたっては、利用者または、他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為はいたしません。
 - 本事業所において提供する介護予防通所介護は、介護保険法並びに関係する省令・通達等の趣旨に沿ったものとします。
 - 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及び家族のニーズを的確に捉え、個別に介護予防通所介護計画書を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
 - 利用者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明します。

- 適切な介護技術をもってサービスを提供し、常に提供したサービスの質の管理、評価を行います。
- 介護サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った介護予防通所介護を提供します。

(9) 開設年月 平成9年3月8日

(10) 事業の実施地域 斜里町全域（ただし、ウトロ・日の出地区を除く）

(11) 事業開設日及び開設時間

- 開設日 月曜日から金曜日

休館日：日曜日、土曜日、年末年始（12月29日～1月3日）は休館日とする。

その他会長が必要と認めたとき。祝日の開設は年度計画により開設日を設ける。

- 開設時間 8時15分から18時00分

- サービス提供時間 9時30分から16時35分

(12) 利用定員 1日 18人

3. 職員の配置状況

当センターでは、ご契約者に対して介護予防サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

●主な職員の配置状況

職 名	配 置	指定基準
1. センター長（管理者）	1名	
2. 生活相談員	1名	1名
3. 看護職員	1名	1名
4. 介護職員	7名	1名
5. 機能訓練指導員 （看護師兼務）	(1名)	2名
6. 調理員	2名	(1名)

《職員の勤務体制》

1. 職員の勤務時間は、8時15分から18時00分
2. 機能訓練指導員については、看護師が兼務いたします。

4. 当センターが提供するサービスと利用料金

当センターでは利用者に対して、以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険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、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

《サービスの概要》

- ① 食事（但し、食事代については、利用料の他に別途いただきます。）
 - ・当センターでは、栄養並びにご契約者の身体の状態を考えた食事を提供いたします。
 - ・ご契約者の自立支援のため離床して食卓テーブルにて食事をとっていただくことを原則としています。
 - ・食事時間 12時00分から13時00分

② 入浴

- ・要介護度に応じて大浴槽、一人浴槽、機械浴槽で入浴することができます。また、必要に応じて清拭をいたします。

③ 排泄（トイレ）

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

④ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送迎

- ・デイサービスの送迎車にて送迎します。

（自宅玄関の階段等、職員が利用者を背負ったり、車椅子を持ち上げたりなどの危険な介助は出来ません。）

＜サービス利用料金＞

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、お支払いただく「利用者負担金」は原則として負担割合証に応じた額です。

◎基本利用料

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 (一割負担額)	利用者負担 (二割負担額)	利用者負担 (三割負担額)
事業対象者 (週1回程度) 要支援1	17,980円 (1ヶ月につき)	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 (週2回程度) 要支援2	36,210円 (1ヶ月につき)	3,621円	7,242円	10,863円
事業対象者 (週1回程度) 要支援1	4,360円 (1回につき) ① 1ヶ月の中で2回までの サービスを行った場合	436円	872円	1,308円
事業対象者 (週2回程度) 要支援2	4,470円 (1回につき) ①事業対象者が1ヶ月の中で 4回までのサービスを行った 場合 ②要支援2で週1回程度利用 の者が、1ヶ月の中で2回ま でのサービスを行った場合 ③要支援2で週2回程度利用 の者が、1ヶ月の中で4回ま でのサービスを行った場合	447円	894円	1,341円

◎加算額（上記の自己負担額の他に、下記の金額が加算されます。）

区 分	1ヶ月あたりの 基本加算料		自己負担 (一割負担額)	自己負担額 (二割負担額)	自己負担額 (三割負担額)
サービス提供 体制強化加算	事業対象者 要支援1	240円	24円	48円	72円
	事業対象者 要支援2	480円	48円	96円	144円
介護職員 処遇改善加算	通所介護費等の算定した単位数の8.0%				

◎入浴加算 基本費用に包括されております。

◎送迎加算 基本単位に包括されております。

※送迎サービスを利用しない方は片道／47円減算となります。

◎食事代（おやつ代含む）

食事代 1日あたり 700円（全額自己負担）

☆ 上記の基本利用料と加算の合計の額が介護予防通所介護相当サービスの利用料となります。

☆ 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。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） 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、利用料金の全額が契約者の負担となります。

《サービスの概要と利用料金》

①食事の提供に要する費用（上の表の「◎食事代（おやつ含む）」の金額）

ご契約者に提供する食事の費用です。

②レクリエーション、祭事

ご契約者の希望によりレクリエーションや祭事（季節にあった諸行事等）に参加して
いただくことができます。

利用料金：費用の係るものについては、材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要
とする場合には費用を負担していただきます。

一枚につき 10円

④おむつ代

介護上おこなった排泄介助で必要な場合、オムツ（パット）代を実費相当分負担して
頂きます。（基本的に必要分を持参してください。）

おむつ代 実 費

⑤生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担して
いただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。

医薬衣類消耗品等 実 費

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、翌月に事業者である社会福祉協議会会長から請求明細書が発布されますので、指定された期日までにお支払いいただくことになります。

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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できます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。
- 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、取り消し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。但し、ご契約者の体調不良等、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に申し出がなかった場合 当日の食事代の50%

- 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契約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契約者に提示して協議します。

5. 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

斜里デイサービスセンター

斜里町青葉町40番地1 (TEL: 23-2013 FAX: 23-6555)

- ・ 受付時間 毎週月曜日から金曜日 9時00分から17時00分
- 苦情受付担当者 センター長 小形世知アンジェロ

◎ 苦情受付窓口

社会福祉法人 斜里町社会福祉協議会

斜里町文光町52番地17 (TEL: 23-4704 FAX: 23-5113)

- ・ 受付時間 毎週月曜日から金曜日 9時00分から17時00分

◎ 行政機関その他苦情受付機関

斜里町総合保健福祉センターぼると21 (保健課高齢者介護福祉係)

斜里町青葉町40番地2 (TEL: 22-2500 FAX: 23-6670)

- ・ 受付時間 毎週月曜日から金曜日 9時00分から17時00分

北海道国民健康保険団体連合会

札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館

TEL 011-231-5161 FAX 011-231-5178

6. 事故発生時の対応

当事業所の責任により利用者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様です。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. 円滑兼迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・苦情があった場合は、ただちに相談担当者が相手方に連絡をとり、直接行くなどして詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認する。
- ・相談担当者が必要であると判断した場合には、管理者まで含めて検討会議を行う。（検討会議行わない場合も、必ず管理者へ処理結果を報告する。
- ・検討後、翌日までには具体的な対応を行う。（利用者への謝罪など）
- ・記録台帳に保管し、再発防止に役立てる。

8. 虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるように努めるものとする。

- 1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - 2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - 3) 虐待防止に関する責任者の選定及び措置
 - 4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を設置し、虐待防止に関する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底する。
 - 5) その他虐待防止のために必要な措置
- 2 本事業所は、サービス提供中に、従業者または擁護者（利用者の家族等障害者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを町に通報するものとする。

9. ハラスメントに関する事項

事業所におけるセクシャルハラスメントやパワーハラスメント等を防止するための措置を講じ健全な職場環境とする。また、利用者やその家族からのカスタマーハラスメントについても適切な対応に努めるとともに、従業者に周知徹底を図る。

- 1) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- 2) ハラスメント防止に関する責任者の選定及び設置

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。

事業者 社会福祉法人 斜里町社会福祉協議会

斜里デイサービスセンター

説明者： 川 勝 明 佳 ㊤

.....

私は、本書面に基づいて事業所から示された重要事項について説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 斜里町 _____

氏 名 _____ ㊤

代理人 _____ ㊤