

地域密着型通所介護重要事項説明書

【地域密着型通所介護事業者（法人）の概要】

名称・法人種別	H T C株式会社・営利法人
代表者名	代表取締役 臼井 宏太郎
所在地・連絡先	(住所) 〒060-0002 札幌市中央区北2条西3丁目1番地12 (電話) 011-205-0357 (FAX) 011-205-0347

【事業所の概要】

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	デイサービス我が家 西野の家
所在地・連絡先	住所) 〒063-0041 札幌市西区西野11条9丁目24-15 (電話) 011-215-4461 (FAX) 011-215-4469
事業所番号	0170403711
管理者の氏名	松山 亮
利 用 定 員	地域密着型通所介護（13名）

(2) 事業所の職員体制

(地域密着型通所介護・札幌市通所型サービス)

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1名	1名	0名	事業所の管理
生活相談員	2名	2名	0名	相談・生活指導等
介護職員	4名	3名	1名	介護全般
機能訓練指導員	2名	1名	1名	機能回復訓練等
看護職員	2名	1名	1名	健康管理・相談等

3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（９：００から１８：００） 常勤で勤務	シフトにより交代制で休暇を確保する
生活相談員	正規の勤務時間帯（９：００から１８：００） 常勤で勤務	シフトにより交代制で休暇を確保する
介護職員	正規の勤務時間帯 早番（８：００から１７：００） 日勤（９：００から１８：００） 常勤で勤務	シフトにより交代制で休暇を確保する
機能訓練指導員	非常勤勤務（９：００から１８：００）	シフトにより交代制で休暇を確保する
看護職員	非常勤勤務（９：００から１８：００）	シフトにより交代制で休暇を確保する

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	札幌市（西区、中央区、手稲区、北区）
---------	--------------------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

※ 通常の事業の実施地域を越えて送迎を行った場合には１キロ２０円を徴収します。

（確認）送迎はご自宅玄関先までとします。

（確認）事業所に通所される場合には原則、貴重品をお持ち頂かないようお願いいたします。貴重品の管理は自己の責任で管理してください。当事業所では責任を負いかねます。

(5) 営業日

営業日（定休日）	月曜日～日曜日（元旦を除く）
営業時間	９：００ ～ １７：００
サービス提供時間	９：００～１６：３０内で個別計画に基づく

【サービスの内容及び費用】

(1) 介護保険給付対象サービス

① サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 11:30～13:00 利用者と職員が共同にて作る家庭的な温かく美味しい食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です
入 浴	入浴の時間は自由です。 個人浴槽です。 好きな時間にご利用できます。 入浴又は清拭を行います。 入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。特に心身機能の向上の為、散歩に重点的に取り組んでいます。 ＜当施設の保有するリハビリ器具＞ 車椅子：2台
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションや健康体操等を実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向けて取り組みます。
送 迎	ご自宅玄関から施設内までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

② 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割、2割または3割が利用者の負担額となります。

【料金表】令和6年4月1日改正
(地域密着型通所介護)

○所要時間3時間以上4時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利 用 料	4,218円	4,846円	5,475円	6,084円	6,722円
負担割合1割	422円	485円	548円	609円	673円
負担割合2割	844円	970円	1,095円	1,217円	1,345円
負担割合3割	1,266円	1,454円	1,643円	1,826円	2,017円

○所要時間4時間以上5時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利 用 料	4,421円	5,080円	5,739円	6,378円	7,047円
負担割合1割	443円	508円	574円	638円	705円
負担割合2割	885円	1,016円	1,148円	1,276円	1,410円
負担割合3割	1,327円	1,524円	1,722円	1,914円	2,115円

○所要時間5時間以上6時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利 用 料	6,661円	7,868円	9,085円	10,271円	11,498円
負担割合1割	667円	787円	909円	1,028円	1,150円
負担割合2割	1,333円	1,574円	1,817円	2,055円	2,300円
負担割合3割	1,999円	2,361円	2,726円	3,082円	3,450円

○所要時間6時間以上7時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利 用 料	6,874円	8,122円	9,379円	10,636円	11,884円
負担割合1割	688円	813円	938円	1,064円	1,189円
負担割合2割	1,375円	1,625円	1,876円	2,128円	2,377円
負担割合3割	2,063円	2,437円	2,814円	3,191円	3,566円

○所要時間7時間以上8時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利 用 料	7,635円	9,024円	10,464円	11,884円	13,303円
負担割合1割	764円	903円	1,047円	1,189円	1,331円
負担割合2割	1,527円	1,805円	2,093円	2,377円	2,661円
負担割合3割	2,291円	2,708円	3,140円	3,566円	3,991円

○所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利 用 料	7,939 円	9,379 円	10,870 円	12,370 円	13,841 円
負担割合 1 割	794 円	938 円	1,087 円	1,237 円	1,385 円
負担割合 2 割	1,588 円	1,876 円	2,174 円	2,474 円	2,769 円
負担割合 3 割	2,382 円	2,814 円	3,261 円	3,711 円	4,153 円

○加算・減算

種 類	利 用 料	負担割合 1 割	負担割合 2 割	負担割合 3 割
入浴介助加算（Ⅰ）	405 円／日	41 円	81 円	122 円
入浴介助加算（Ⅱ）	557 円／日	56 円	112 円	168 円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1,014 円／月	102 円	203 円	305 円
生活機能向上連携加算（Ⅱ 1）	2,028 円／月	203 円	406 円	609 円
生活機能向上連携加算（Ⅱ 2）	1,014 円／月	102 円	203 円	305 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	567 円／日	57 円	114 円	171 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	770 円／日	77 円	154 円	231 円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	202 円／月	21 円	41 円	61 円
ADL 維持等加算（Ⅰ）	304 円／月	31 円	61 円	92 円
ADL 維持等加算（Ⅱ）	608 円／月	61 円	122 円	183 円
ADL 維持等加算（Ⅲ）	30 円／月	3 円	6 円	9 円
中重度者ケア体制加算	456 円／日	46 円	92 円	137 円
認知症加算	608 円／日	61 円	122 円	183 円
科学的介護推進体制加算	405 円／月	41 円	81 円	122 円
栄養アセスメント加算	507 円／月	51 円	102 円	153 円
栄養改善加算	2,028 円／回	203 円	406 円	609 円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	202 円／回	21 円	41 円	61 円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	50 円／回	5 円	10 円	15 円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,521 円／回	153 円	305 円	457 円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,622 円／回	163 円	325 円	487 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	223 円／回	23 円	45 円	67 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	182 円／回	19 円	37 円	55 円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	60 円／回	6 円	12 円	18 円
送迎を行わない利用者の減算 (送迎減算)	所定単位数から 1 日片道 47 単位・往復 94 単位減算			

○処遇改善加算（令和6年6月1日以降に適用）

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 92/1,000 加算	所定単位数の 184/1,000 加算	所定単位数の 276/1,000 加算
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 90/1000 加算	所定単位数の 180/1000 加算	所定単位数の 270/1000 加算
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 80/1000 加算	所定単位数の 160/1000 加算	所定単位数の 240/1000 加算
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の 64/1,000 加算	所定単位数の 128/1,000 加算	所定単位数の 192/1,000 加算
介護職員処遇改善加算（Ⅴ2）	所定単位数の 76/1,000 加算	所定単位数の 152/1,000 加算	所定単位数の 228/1,000 加算
介護職員処遇改善加算（Ⅴ9）	所定単位数の 54/1,000 加算	所定単位数の 108/1,000 加算	所定単位数の 112/1,000 加算

- ※ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ※ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。
- ※ 各事業所によって適用される加算の内容は異なります。

（２）介護保険給付対象外サービス

- ① 食材料費
食事サービスを受ける方は、材料費の実費が必要となります。
昼食 500 円／一食
- ② おむつ代
おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。
おむつ代 150 円／一枚
- ③ 事業の実施地域外の送迎費
【事業所の概要】－（４）の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。その場合、1 キロ 20 円を徴収します。
- ④ その他の費用
地域密着型通所介護サービスの中で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、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。
- ⑤ キャンセル料
無料です。

(3) 利用料等のお支払方法

- ① 1ヶ月のサービス提供の利用料等を翌月15日までに請求しますので、末日までにお支払ください。
- ② お支払方法は口座振替（27日銀行引き落とし）、コンビニ支払い（月末支払い）をお願いします。ただし、振込手数料が発生する場合は、お客様の負担となります。

(4) 事業所の特色等

◇「我が家」の基本理念

私たちは、利用者の方々の「その人らしい生活」を大切にし、安全で快適に暮らせる居心地の良い環境と、お一人おひとりが「我が家」にいるような、ご自分らしく自由に豊かな時間が流れる暮らしを送ることができるように全力でサポートします。

そのために我々が大切にしている基本方針は下記の3つです。

◇「我が家」の基本方針

① 自立

その人ならではの生活習慣やこだわりを大切にし、自立した日常生活を目指すケアの提供により、利用者様とご家族をサポートします。

② 笑顔

日常生活の中に楽しみ・生きがい・感動があり、笑顔が絶えない充実した毎日を実現できるように、お一人おひとりに寄り添う心からの介護を目指します。

③ 思いやり

人と人との心のふれあいや繋がりを大切にしたやさしく思いやりのあるケアを行い、穏やかで安心感にあふれる充実した生活を送ることができるように努めます。

(5) その他

事項	内容
地域密着型通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、地域密着型通所介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年4回、技術から制度・接遇の研修を行っています。

【サービス内容に関する苦情等相談窓口】

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 松山 亮 ご利用時間 9：00～17：00 ご利用方法 電話（011-215-4461） 面接（当事業所相談室） 苦情箱（事務室に設置）
札幌市高齢 保健福祉部介護保険課	（住所） 札幌市中央区北1条西2丁目 札幌市役所本庁舎3階 ご利用時間 9：00～17：00（平日のみ） ご利用方法 電話（011-211-2972）
北海道国保連合会 （介護サービス 苦情相談専用ダイヤル）	（住所） 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館6階 ご利用時間 9：00～17：00（平日のみ） ご利用方法 電話（011-231-5175）

【サービス利用に当たっての留意事項】

1. サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
2. 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
3. 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
4. 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
5. 事業所内で多額の現金を使用することはありません。
紛失のおそれもありますので、多額の現金、宝飾品等の貴重品は一切持ち込まないでください。仮に、持ち込みをなされて紛失等が生じた場合には、事業者は一切責任を負いません。
6. 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

【提供するサービスの第三者評価の実施状況】

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

【緊急時等における対応方法】

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及 び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先(家族等)	氏名（続柄）	()
	住 所	
	電 話 番 号	

【非常災害時の対策】

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	なし	防火扉・シャッター	なし
	避難階段	なし	屋内消火器	2
	自動火災報知機	なし	ガス漏れ探知機	あり
	誘導表示	あり		
	カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。			

【サービス利用に当たっての留意事項】

1. サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
2. 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
3. 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
4. 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
5. 事業所内で多額の現金を使用することはありません。
紛失のおそれもありますので、多額の現金、宝飾品等の貴重品は一切持ち込まないでください。仮に、持ち込みをなされて紛失等が生じた場合には、事業者は一切責任を負いません。
6. 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 札幌市中央区北 2 条西 3 丁目 1 番地 1 2

事業者名 HTC 株式会社

代表者名 代表取締役 臼井 宏太郎 印

説明者 職 名 _____

氏 名 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人（選任した場合）住所 _____

氏名 _____ 印

