

重要事項説明書

(地域密着型通所介護、総合事業)

目次	頁
1. 事業者概要	1
2. 事業所概要	1
3. 事業の目的と運営の方針	2
4. 職員体制	2
5. 営業時間	2
6. 利用料金	2
7. 利用の中止、変更、追加	3
8. 利用料金のお支払方法	4
9. サービスの利用に関する留意事項	4
10. 損害賠償について	4
11. 損害保険の加入	4
12. サービスの利用をやめる場合	4
13. 緊急時の対処方法	6
14. 苦情相談窓口	6
15. 重要事項の変更	6

1. 事業者概要

事業主体名	株式会社 マルベリー
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 高橋 和則
所在地他	北海道札幌市中央区北6条西16丁目1番5号 ほくたけビル7F 株式会社 マルベリー TEL 011-611-2381 FAX 011-611-2377
資本金	5,000万円
設立年月	平成16年5月
介護保険関連の事業	介護予防認知症対応型共同生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護予防通所介護、福祉用具貸与・販売
介護保険関連以外の事業	ユニバーサルデザインの企画、製作 保険、医療、福祉、介護に関するコンサルタント業務

2. 事業所概要

事業所名称	デイサービス めくもりの家
事業所の目的	介護保険法に基づく通所介護サービスの提供
事業所の責任者	管理者 越田 行一
開設年月日	平成17年12月6日
介護保険指定事業所番号	北海道 0176400398 号
所在地・電話番号	北海道留萌市開運町3丁目8-3 TEL 0164-42-5477 FAX 0164-42-5534
交通の便	錦町2丁目バス停から徒歩2分
敷地概要	991.66m ²
建物概要	延床面積 2,249.96m ² 鉄筋コンクリート造 地上5階建
防災設備	非常階段
	自動火災報知器
	誘導灯
	ガス漏れ報知器
	防火扉
	屋内消火器
	非常通報装置
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。
事業所の周辺環境	留萌市街地が近く、病院等も近隣にあります。

3. 事業の目的と運営の方針(運営規定より)

事業の目的	本事業は、地域密着通所介護並びに介護予防通所介護、総合事業によって自立生活を営もうとする利用者に対して、食事、入浴等の日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した生活を営むことが出来るよう支援することを目的とする。
運営の方針	■ 本事業所において提供する地域密着型通所介護並びに介護予防通所介護、総合事業は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 ■ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供を行う。 ■ 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。 ■ 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。 ■ 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。

4. 職員体制(主たる職員)

職種	員数	常勤		非常勤		勤務時間	保有資格
		専従	兼従	専従	兼従		
生活相談員	1人	1人	0人			8:00～ 17:00	社会福祉士
看護師	1人		1人			8:00～ 17:00	看護師
介護職員	3人	3人				8:00～ 17:00	介護実務者研修
機能訓練指導員			1人			8:00～ 17:00	看護師

5. 営業時間

営業日	土・日曜日を除く毎日 (12月30日から1月3日迄と祝祭日を除く)
営業時間	8:30～17:30
サービス提供時間	10:00～15:30

6. 利用料金

① 地域密着型通所介護費(サービス提供時間5時間～6時間)

要介護度	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(概算)	
要介護度1	657円	(657単位の1割相当)
要介護度2	776円	(776単位の1割相当)
要介護度3	896円	(896単位の1割相当)
要介護度4	1,013円	(1,013単位の1割相当)
要介護度5	1,134円	(1,134単位の1割相当)

② 総合事業費

要介護度	介護保険適用時の1月あたりの自己負担額
(事業対象者)要支援1	1,798円 (1,798単位の1割相当)
(事業対象者)要支援2	3,621円 (3,621単位の1割相当)

③ 加算料金(地域密着型通所介護)

加算内容	介護保険適用時の1月あたりの自己負担
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数に9.0%を乗じた単位数
入浴加算	40/回(40単位の1割相当)

(総合事業 通所型サービス)

加算内容	介護保険適用時の1月あたりの自己負担額
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数に9.0%を乗じた単位数

④ その他の費用

食材費(おやつ代含む)	600円/日
おむつ代	実費
レクリエーション費用	実費
趣味活動費	実費

⑤ 計算例(概算)

- 要介護度1の方が、当施設で送迎(往復)を行い、食事、入浴を1月に4回利用した場合の計算方法

657単位(地域密着型通所介護費)+40単位(入浴)=697単位(合計)

697単位×4(回)=2,788単位

2,788単位×9.0%=251単位(介護職員等処遇改善加算Ⅱ)

(2,788単位+251単位)×10円=30,390円(1円未満切捨て)

介護保険負担分 30,390円×90%=27,351円(1円未満切捨て)

利用者自己負担分 30,390円-27,351円=3,039円

3,039円+2,400(600×4《食材費》)=5,439円

- 要支援2の方が、当施設で送迎(往復)を行い、運動機能向上、食事、入浴を1月に4回利用した場合の計算方法

3,621単位(介護予防通所介護費、総合事業)

3,621単位×9.0%=326単位(介護職員等処遇改善加算Ⅱ)

3,621単位×10円=36,210単位(1円未満切捨て)

介護保険負担分 36,210円×90%=32,589(1円未満切捨て)

利用者自己負担分 36,210円-32,589円=3,621円

3,621円+2,400円(600×4《食材費》)=6,021円

7. 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、ご契約者の都合により通所介護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。
- ② 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。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 申し出でなかった場合	当日の通所介護費の25% (実費でのお支払いとなります。)

8. 利用料金のお支払い方法

前記の料金は請求書を送付いたします。銀行振込又は現金でのお支払をお願い致します。銀行振込の場合は以下の預金口座への振込みをお願い致します。

振込先銀行	北海道銀行 留萌支店
預金種別	普通口座
口座番号	0649311
口座名義	(株)マルベリー グループホームぬくもりの家 管理者 佐久間啓輔 入金用

9. サービスの利用に関する留意事項

① 施設・設備の使用上の注意

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- なるべく貴重品をお持ちにならないでください。金銭の紛失による責任は負いかねます。何らかの理由により多額の金銭をお持ちになる際は当事業所職員へお預けください。

② 喫煙

- 施設内及び敷地内での喫煙はできません。

10. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。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、契約者に故意又は重過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

11. 損害保険の加入

加入の有無	加入(東京海上日動火災保険株式会社)
保険契約の内容	別途お問合せください。

12. サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の二日前までに契約者からの契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様になります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用する事が出来ますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の減失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業者が介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご覧ください。)
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご覧ください。)

(1) ご契約者からの解約、契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することが出来ます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画(ケアプラン)」が変更された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従業者が故意又は重過失によりご契約者の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財産・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

13. 緊急時の対処方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。

協力医療機関名	医療法人社団 心優会 留萌記念病院 住 所 北海道留萌市開運町1丁目6番1号 電話番号 0164-42-0271 診療科目 内科・外科・整形外科 院 長 名 角 隆臣
---------	---

14. 苦情相談窓口

ご利用者ご相談窓口	平日 午前8時00分～午後5時00分 電話番号 0164-42-5477 担当 越田 行一 FAX番号 0164-42-5534 ※受付カウンター前にご意見箱を設置しております。ご自由に 投函してください。
外部苦情申立て機関	留萌市介護支援課 は一とふる 住 所 留萌市五十嵐町1丁目1-10 電話番号 0164-49-6070 FAX番号 0164-49-2822
	北海道社会福祉協議会サービス苦情窓口 住 所 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7 電話番号 011-241-3976 FAX番号 011-251-3971
	北海道国民健康保険団体連合会 住 所 札幌市中央区南2条西14丁目国保会館 電話番号 011-231-5161

15. 重要事項の変更

