

(令和8年6月1日改定)

## 地域密着型通所介護・第一号通所事業重要事項説明書

このたびは、当事業所をご指名いただきありがとうございます。  
当事業所は、お客様に対して通所介護サービスをご提供いたします。  
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり  
ご説明いたします。

### 1 事業者

- |            |                                 |
|------------|---------------------------------|
| (1) 法人名    | 一般財団法人 江別市在宅福祉サービス公社            |
| (2) 所在地    | 江別市大麻沢町5番地の6 いきいきセンターさわまち       |
| (3) 電話番号   | 011-387-5111                    |
| (4) 代表者    | 理事長 佐藤 功                        |
| (5) 設立年月日  | 平成9年3月1日                        |
| (6) 他の運営事業 | 居宅介護支援、介護予防支援、訪問介護、第一号訪問事業、通所介護 |

### 2 事業所の概要

#### (1) 事業所の名称・指定番号・サービス提供地域

|           |                                        |
|-----------|----------------------------------------|
| 事業所名      | デイサービスセンターあかしや                         |
| 所在地       | 江別市東野幌町47番地の8 複合福祉施設あかしや               |
| 電話番号      | 011-381-1233                           |
| 開設年月日     | 平成12年4月1日                              |
| 介護保険指定番号  | 江別市指定 第0171000029号 (地域密着型通所介護・第一号通所事業) |
| 通常の事業実施地域 | 江別市全域                                  |
| 第三者評価の有無  | 無                                      |

#### (2) 事業所の運営方針

私どもは、お客様のサービスのご利用目的に沿いつつ、個別の特性を踏まえながら心身機能の維持と社会的孤立感の解消、さらにはご家族の介護負担の軽減に向けてサービスをご提供します。

#### (3) 事業所の職員体制

管理者1名 生活相談員1名以上 介護職員2名以上 看護職員1名以上 機能訓練指導員1名以上

#### (4) 営業時間

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| 営業日 | 月曜日～日曜日 午前8時30分から午後5時00分 |
| 休業日 | 年中無休                     |

#### (5) 事業所のサービス提供時間

|          |                                                        |
|----------|--------------------------------------------------------|
| サービス提供日  | 月曜日～日曜日                                                |
| サービス提供時間 | 地域密着型通所介護：午前9時30分から午後3時45分<br>第一号通所事業：午前9時30分から午後3時45分 |

### 3 ご提供サービスとご利用料金

#### (1) 介護保険の対象となるサービス

以下のサービスについては、自己負担以外が介護保険から給付されます。

ただし、ご本人がまだ要介護認定を受けていない場合や、居宅介護支援事業所等での居宅サービス計画書が作成されていない場合は、1ヶ月につきご利用料金の全額をいったんお支払いいただき、当事業所にて発行いたします「サービス提供証明書」を江別市の窓口にご提出いただくことで、後日自己負担額を除く金額が払い戻されます。（償還払い）

介護保険制度における地域密着型通所介護は、原則としてその事業所がある市町村の被保険者の方のみが利用できるものです。（他市町村へ転出される場合は必ずご連絡下さい。）

#### 《サービスの概要》

送 迎：ご自宅（居室）から事業所までの専用車での送迎と介助

健康チェック：体温、血圧、脈拍などの測定と、看護職員による健康状態の確認

排泄援助：トイレ等での排泄の援助

アクティビティ：身体を動かす活動（体操、動的ゲームなど）、音楽的活動（カラオケ演奏会など）、創作活動（手芸制作など）、ゲーム活動（輪投げなど）、季節行事（夏まつり、運動会など）、外出活動（花見など）

家族介護者教室：介護に関する懇談、相談など（随時）

運営推進会議：当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置し、おおむね6ヶ月に1回以上会議を開催します。

#### 《ご利用料金～要介護（通所介護）》

「要介護」と認定された方の、当事業所での **1回あたり** のご利用料金は以下のとおりです。

|                 | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4    | 要介護5    |
|-----------------|--------|--------|--------|---------|---------|
| 基本料金            | 6,780円 | 8,010円 | 9,250円 | 10,490円 | 11,720円 |
| 入浴介護加算          | 400円   | 400円   | 400円   | 400円    | 400円    |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 220円   | 220円   | 220円   | 220円    | 220円    |
| うち介護保険から給付      | 6,660円 | 7,767円 | 8,883円 | 9,999円  | 11,106円 |
| 自己負担額(1割負担)     | 740円   | 863円   | 987円   | 1,111円  | 1,234円  |

※介護職員等処遇改善加算Ⅰ口（12.7%）をご利用料金に加算しご負担いただきます。

※上記の料金は、送迎時間を除くサービス提供時間が「6時間以上7時間未満」で設定しておりますが、介護保険の給付額に変更があった場合は、変更に合わせてご負担額を変更させていただきます。

※入浴をされない場合は、入浴サービスに係る自己負担40円は発生いたしません。

※65歳以上の方の自己負担については、介護保険負担割合証の利用者負担の割合に応じた額となります。

#### 《ご利用料金～要支援（第一号通所事業）》

「要支援」及び事業対象者と認定された方の、当事業所での **1月あたり** のご利用料金は以下のとおりです。

|                 | 要支援1（週1回利用）及び要支援2（週1回利用） | 要支援2（週2回利用） |
|-----------------|--------------------------|-------------|
| 基本料金            | 17,980円                  | 36,210円     |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 880円                     | 1,760円      |
| うち介護保険から給付      | 16,974円                  | 34,173円     |
| 自己負担額（1割負担）     | 1,886円                   | 3,797円      |

※第一号通所事業の料金は、1ヶ月を単位とする「包括報酬額」で設定しております。

※介護職員等処遇改善加算Ⅰ口（12.7%）をご利用料金に加算しご負担いただきます。

※65歳以上の方の自己負担については、介護保険負担割合証の利用者負担の割合に応じた額となります。ご負担いただきます。

※江別市以外の市町村が保険者の方で第一号通所事業を利用される方は、当該市町村が設定する利用料金等となります。

※以下の場合には日割り計算となることがあります。

- ①月途中で、要介護（要支援）から要支援（要介護）に変更となった場合
- ②月途中で、同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合等
- ③月途中で、利用開始及び利用終了となった場合

※介護保険の給付額に変更があった場合は、変更に合わせてご負担額を変更させていただきます。

## **(2)介護保険の対象とならないサービス**

○食事のご提供に係る費用は、介護保険の給付対象となっておりません。

当公社委託事業所を利用される場合、1食につき730円をご負担いただきます。

○サービス提供時間を上回ってご利用を希望される場合は1時間につき1,500円をご負担いただきます。（延長時間に1時間未満の端数があるときは、その端数の時間を1時間に切り上げて計算します。）

○アクティビティにおける各種材料費につきましては、実費をご負担いただきます。

○タオル、ひげ剃り、オムツなど、個別にご利用になるものは、お客様にてご用意ください。

## **(3)ご利用料金のお支払い方法**

前記の各料金は、1ヶ月ごとに計算し請求させていただきますので、下記のいずれかの方法でお支払いください。

- ① 金融機関口座からの自動振替（口座振替日：翌月15日）

ご利用できる金融機関 ～ 郵便局・北洋銀行・北海道信用金庫・北海道銀行

- ② 指定金融機関への振込み（振込期限：翌月末日まで）

指定金融機関 ～ 郵便局・北海道信用金庫

## **(4)ご利用にあたって留意していただきたい事項**

- ①ご利用者自らも十分に安全に気をつけていただきます。
- ②ご自身の体調が優れない場合は、お早めに職員へお申し出ください。
- ③受動喫煙防止のため、施設敷地内は禁煙となっておりますのでご協力ください。
- ④サービス利用中の政治活動や宗教活動はご遠慮ください。
- ⑤貴重品（金品等）の持ち込みはご遠慮ください。
- ⑥ご利用者間の物のやり取りはご遠慮ください。
- ⑦職員へのお心付けは、一切ご無用ですのでご協力ください。
- ⑧職員に対する暴言暴力等のハラスメントは固くお断りします。職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。
- ⑨職員がお預かりしていない所持品（義歯・補聴器・衣類等）について、ご利用中の破損・紛失につきまして補償のかぎりではございません。

## **(5)ご利用の中止・変更等**

- ①ご利用予定日の前に、お客様の都合によりサービスのご利用を中止、変更または追加していただくことができます。この場合は、お手数ですがサービス実施日の前日までに当事業所にご連絡ください。  
なお、急な体調の変化等による中止の場合は、当日の午前8時45分までにご連絡ください。また当日に利用中止のご連絡をいただいた場合には、調理を外部事業者に委託している都合上、食事費用の730円をご負担いただく場合がございますのでご了承ください。  
その他、サービスの中止等に係る取消料等は一切いただきません。
- ②サービス利用日の変更や追加等につきましては、事業所の稼働状況等により必ずしもご希望に沿えない場合がございます。

## (6)事故への対応

- ①サービス提供中（送迎時を含む）にご利用者の事故等が発生した場合は、職員が速やかに対応し、必要に応じて医療機関への受診援助等を行います。
- この場合において、医療機関に対してお客様の個人情報を伝えることがございますので、予めご了承ください。
- ②事故等の発生につきましては、速やかにご家族にご連絡させていただきますが、緊急を要する等の状況によっては、ご連絡が前後する場合もございますことをご了承ください。

## (7)虐待への対応

ご本人の人権擁護と虐待防止等のため、責任者を設置し体制を整備（指針の策定、委員会の設置、訓練や研修の実施）し対応いたします。

虐待防止責任者 おくだ ともみ  
奥田 知美

#### 4 サービスに係る苦情等の受付

(1) 私どもの通所介護サービスに対する苦情を承ります。

担当 荒井 緑

電話 011-387-5111  
FAX 011-387-8655

## (2) 苦情の窓口

苦情をいただいた場合は、ただちに担当者がご本人等に連絡をとり、訪問等で詳細な事情を  
うかがい、その内容によって迅速に対応いたします。

### (3) その他

外部にも苦情等相談窓口がありますので、こちらもご利用ください。

○江別市健康福祉部介護保険課

電 話 0 1 1 - 3 8 1 - 1 0 6 7  
FAX 0 1 1 - 3 8 1 - 1 0 7 3

○北海道福祉サービス運営適正化委員会

電話 011-204-6310  
FAX 011-204-6311

○北海道国民健康保険団体連合会

電話 011-231-5175  
FAX 011-233-2178

令和 年 月 日

地域密着型通所介護・第一号通所事業の提供開始にあたり、お客様に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項をご説明いたしました。

事業所 所在地 江別市東野幌町47番地の8 複合福祉施設あかしや

名 称 一般財団法人 江別市在宅福祉サービス公社  
デイサービスセンターあかしや

説明者氏名

私は、契約書および本書面により、事業所から地域密着型通所介護・第一号通所事業についての重要事項の説明を受けました。

ご契約者氏名

(続柄 )