

社会福祉法人 悠生会
デイサービス 白ゆり南あいの里
(指定通所介護及び第1号通所事業)

重 要 事 項 説 明 書



SHIRAYURI

1、施設経営法人	1
2、事業所の概要	1
3、事業目的	1
4、運営方針	1
5、職員配置・勤務体制	2
6、サービスと利用料金	2
7、身元保証人及び連帯保証人	7
8、提供するサービスの質の評価及び第三者評価の実施状況	8
9、苦情相談の受付について	8
10、デイサービス利用中の事故発生時の対応について	9
11、非常災害時の対策	9
12、重要事項説明書付属文書	10

「指定通所介護」及び「第1号通所事業」重要事項説明書

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 悠生会
(2) 法人所在地 札幌市北区あいの里3条8丁目14番1号
(3) 電話番号 011-770-5188
(4) 代表者氏名 理事長 佐藤 道郎

2. 事業所の概要

- (1) 事業所名 社会福祉法人 悠生会 デイサービス 白ゆり南あいの里
(2) 所在地 札幌市北区南あいの里5丁目4番1号
(3) 事業所番号 指定通所介護事業所
第1号通所事業サービス事業所
北海道庁 第0170204226号
(4) 管理者及び連絡先 南畑 千尋
連絡先 011-778-5552
(5) サービス提供地域 札幌市北区あいの里、南あいの里、拓北、篠路、百合が原
太平、茨戸の区域
(6) 利用定員 月曜日～土曜日 46名
(7) 営業日・営業時間

営業日	月曜日～土曜日（但し12月31日～1月3日は除く）
営業時間	午前8時15分～午後5時15分
サービス提供時間	午前9時30分～午後3時30分

3. 事業目的 当事業所は介護保険法に基づき、社会福祉法人悠生会が開設する通所介護事業（デイサービス白ゆり南あいの里）の適正な運営を確保するために、人員、管理運営に関する重要事項を定め、事業所の職員は要介護状態又は要支援状態にあるご利用者（契約者）に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。

4. 運営方針 事業所の職員は、要介護者等の心身の状態を踏まえて、ご利用者（契約者）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援助します。また、ご利用者の社会的孤立感の解消ならびに残存機能維持や個人目標に沿った援助に努めます。

5. 職員の配置・勤務体制

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービス及び第1号通所事業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。

(1) 主な職員の配置状況

職 種	指定基準
1. 管理者	1名
2. 生活相談員	2名
3. 介護職員	7.2名以上
4. 看護職員	1名以上
5. 機能訓練指導員	1名以上

(2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
管 理 者 生 活 相 談 員 介 護 職 員	勤務時間 8:15～17:15 (シフト制) ☆ 原則、介護職員は1名で利用者15名のお世話をいたします。(15名以上の場合は、利用者が5名増えるごとに介護職員を1名配置します)
看 護 職 員 機 能 訓 練 指 導 員	勤務時間 8:15～17:15 (シフト制) ☆ サービス提供時間帯に、1名以上の看護師が勤務します。

6. サービスと利用料金

(1) 介護保険の対象となるサービス (契約書第4条参照)

以下のサービスについては、利用料金の(各利用者の負担割合に応じ9割または8割または7割)が介護保険から給付されます。

1) 入浴

入浴又は清拭を行います。入浴に必要なタオル、バスタオルをご持参願います。また、下着や服の着替えの必要な方はご持参ください。

2) 排泄

排泄の介助を行います。紙おむつ等を利用している方は、御持参下さい。

3) 機能訓練

機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員が共同して個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。

4) 送迎

- ① 送迎車により、事業所と自宅との間を行います。
- ② 通常の営業時間の利用の方を送迎します。

《サービス利用料金》（契約書第7条参照）

- 1) ご利用者の要介護度、介護保険負担割合証に記載の利用者負担割合分に応じた利用者負担額＋各種加算費の合計金額をお支払い下さい。
- 2) 下記利用者負担額は基本サービス費（基本単価）のみとなっております。
- 3) 基本サービス費に下記（加算料金等）適用となる各種加算費用がかかります。
各種加算は当該月体制によつての算定可否決定に伴い対象となる月とならない月があります。

【利用料金（通所介護サービス）】

- ・基本料金（所定単位数に札幌：7級地10.14を乗じております。）

要介護度	単位 (単位)	1割負担額 (円)	2割負担額 (円)	3割負担額 (円)
要介護1	584	593	1,185	1,777
要介護2	689	699	1,398	2,096
要介護3	796	808	1,615	2,422
要介護4	901	914	1,828	2,741
要介護5	1,008	1,023	2,045	3,067

- ・加算料金等（所定単位数に札幌：7級地10.14円を乗じ表示しております。）

加算内容	単位 (単位)	1割負担 額 (円)	2割負担 額 (円)	3割負担 額 (円)
入浴介助加算 (I)	40/日	41	81	122
入浴介助加算 (II)	55/日	56	112	168
個別機能訓練加算 (I) イ	56/日	57	114	171
個別機能訓練加算 (I) ロ	76/日	77	154	231
個別機能訓練加算 (II)	20/月	21	41	61
口腔・栄養スクリーニング加算 (I) (6月に1回を限度)	20/回	21	41	61
口腔・栄養スクリーニング加算 (II) (6月に1回を限度)	5/回	5	10	15
口腔機能向上加算 (I)	150 月2回限度	153	305	457
口腔機能向上加算 (II)	160 月2回限度	163	325	487
サービス提供体制強化加算 (I)	22/回	23	45	67
サービス提供体制強化加算 (II)	18/回	19	37	55
サービス提供体制強化加算 (I) ロ	12/回	13	25	37
サービス提供体制強化加算 (III)	6/回	6	12	18
ADL維持等加算 (I)	30/月	31	61	92
ADL維持等加算 (II)	60/月	61	122	183
科学的介護推進体制加算	40/月	41	81	122
介護職員処遇改善加算 (I)	所定単位数の 92/1000 加算/月			
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	所定単位数の3%加算			

【利用料金（日常生活総合支援事業）】

- ・ **基本料金** （所定単位数に札幌：7級地10.14を乗じております。）

要介護度		単位 (単位)	1割負担 (円)	2割負担 (円)	3割負担 (円)
要支援1 (事業対象)	1回	436	442	884	1326
	4回以上利用	1798	1823	3646	5469
要支援2	1回	447	453	906	1360
	8回以上利用	3621	3672	7343	11015

※ 要支援1：3回までは回数制、4回以上のご利用で月額による計算となります。

※ 要支援2：7回までは回数制、8回以上のご利用で月額による計算となります。

- ・ **加算料金等**

【要支援1（事業対象）】

（所定単位数に札幌：7級地10.14円を乗じ表示しております。）

加算内容	単位 (単位)	1割負担 額 (円)	2割負担 額 (円)	3割負担 額 (円)
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 月1回限度	153	305	457
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 月1回限度	163	325	487
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	88/月	90	179	268
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	72/月	73	146	219
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	24/月	25	49	73
口腔・栄養スクリーニング（Ⅰ）	20/回	21	41	61
口腔・栄養スクリーニング（Ⅱ）	5/回	5	10	15
科学的介護推進体制加算	40/月	41	81	122
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の92/1000 加算/月			

【要支援2】

（所定単位数に札幌：7級地10.14円を乗じ表示しております。）

加算内容	単位 (単位)	1割負担 額 (円)	2割負担 額 (円)	3割負担 額 (円)
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 月1回限度	153	305	457
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 月1回限度	163	325	487
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	176/月	179	357	536
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	144/月	146	292	438
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	48/月	49	98	146
口腔・栄養スクリーニング（Ⅰ）	20/回	21	41	61
口腔・栄養スクリーニング（Ⅱ）	5/回	5	10	15
科学的介護推進体制加算	40/月	41	81	122
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の92/1000 加算/月			

- ※ 居宅と事業所との間の送迎を行わない場合、基本単位数より47単位（片道）を引いた単位での算定となります。
- ※ ご契約者が、まだ要介護認定を受けていない場合には、一旦、サービス利用料金の全額をお支払いいただきます。そして要介護認定を受けたのち、自己負担額を除いた金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。
また、居宅サービス計画及び第1号通所事業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。償還払いの場合、ご契約者が保険給付の申請を行うときに必要となる事項が記載された「サービス提供証明書」を交付します。
- ※ 介護保険給付額に変更がある場合には、自己負担額も変更となります。

（2）利用料金の変更について

- 1) 介護保険給付サービスの利用料金について、介護給付費体系の変更があった場合は当該サービスの利用料金を変更することがあります。
- 2) 介護保険給付外サービスについては、経済状況の著しい変化その他止むを得ない事由がある場合は事前に説明したうえで、当該サービスの利用料金を相当な額に変更する場合があります。

（3）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条・第7条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者のご負担となります。

《サービスの概要と利用料金》

- 1) 食事提供のための費用（食費）
ご契約者に提供する昼食を作るための米、肉、魚、野菜などの材料費と食事提供に係る光熱水費などです。
 - ・ 食事料金：1回当たり 650円（おやつ代が含まれます。）
- 2) レクリエーション・クラブ活動
ご契約者のご希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加できます。
 - ・ 利用料金：参加費は無料ですが、材料費については実費負担となります。
- 3) 日常生活上必要となる諸費用
紙おむつを使用されている方は、替えのおむつをご持参ください。やむを得ず施設の紙おむつ等を使用する、その他ご契約者の日常生活上必要となる用品の購入で、ご契約者にご負担願うのが適当とされるものについてはご負担いただくこととなります。
 - ・ 紙おむつ代（実費）：パンツ型 103円、尿とりパッド 31円

4) 複写物の交付等

ご契約者は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とされる場合はその実費をいただきます。

- ・ 写真代：(Lサイズ) 1枚 51円
- ・ コピー代：(B5～A3サイズ) 1枚 10円

5) その他サービス

- ・ 干渉波治療器：1回/週 10分 100円 対象部位「腰」「膝」
事前の申し込みと、注意事項の説明の上、同意書へのサインが
必用となります。

※症状、お体の状態等によりご利用いただけない場合があります。

(4) 利用料金等のお支払方法 (契約書第7条参照)

前記(1)、(2)の利用料金等は月末締めとし、翌月10日頃に利用内訳を記した請求書をお渡ししますので、下記の方法で月末までにお支払願います。

1. 口座振替 (取扱先：北海道内の金融機関 20日引き落とし)
2. 銀行振込 (振込先：ゆうちょ銀行 社会福祉法人 悠生会

店名：九〇八 店番：908 普通 2885396)

口座振替でお支払いいただく方の領収書については、翌月10日に当月分請求書と、お支払いいただいた分の領収書を一緒にお渡しします。銀行振込の場合は、振込手数料をご負担いただきます。お支払についてご不審な点又はご相談等がありましたら管理者までお申し出願います。

(5) 利用の中止、変更、追加について (契約書第8条参照)

1) 利用予定日の前に、ご契約者のご都合により通所介護サービス及び第1号通所事業の中止又は変更、或い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、サービス実施日の前日までにお申し出願います。

2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日、利用中止の申し出をされた場合は取消料として下記の料金をいただく場合があります。但し、ご契約者の体調不良等やむを得ない事情がある場合はこの限りではありません。

利用予定日前日までに申し出の場合	無 料
利用予定日前日までに申し出のない場合	食費 650円

3) サービスの利用の変更・追加の場合、事業所の稼働状況によりご契約者の希望される期間にサービスを提供ができるとは限らない場合があります。その際には、利用可能な日を提示するなど誠意をもって協議させていただきます。

7. 身元保証人及び連帯保証人

身元保証人及び連帯保証人となる方については、契約書第 23 条の規定に基づき本契約から生じる契約者の債務について、限度額 60 万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、契約者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び事業所は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額。損害賠償の額等、契約者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

8. 提供するサービスの質の評価及び第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況

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

9. 苦情相談の受付について（契約書第 22 条参照）

（1）当事業所における苦情相談の受付

当事業所における苦情やご相談は次の窓口でお受けいたします。

苦情（相談）受付窓口	生活相談員
受付日・時間	毎週 月曜日～金曜日（12/31～1/3 は除く） 午前 8 時 15 分～午後 5 時 15 分
苦情（相談）解決責任者	管理者 南畑 千尋
連絡先（電話）	0 1 1 - 7 7 8 - 5 5 5 2

①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、直ちに生活相談員が相手側と連絡をとり、直接自宅に伺うなどして詳しい事情を聞くとともに、関係職員からも事情を確認する。
- ・生活相談員が必要と判断した場合は、管理者まで含めた検討会議を行う。
（検討会議を行わないまでも、必ず管理者まで処理結果を報告する）
- ・検討後、速やかに利用者に対し謝罪又は改善策を説明し理解を得るなど具体的な対応を行う。
- ・処理結果は、必ず台帳に記録として残し、再発防止に役立てる。

(2) 当事業所で解決されない場合

ご契約者からの苦情について、当事業所で解決されない場合は次の関係機関に申し立てることができます。

北区役所 保健福祉部	電話 011-757-2400 (代表)
北海道国民健康保険団体連合会	電話 011-231-5161
運営適正化委員会 (北海道社会福祉協議会内)	電話 011-204-6310 (代表)
第三者委員 工藤 繁	電話 011-704-3712
第三者委員 佐藤 昇	電話 011-669-1799

10. デイサービス利用中の事故発生時の対応について

- (1) 事故が発生した場合には、市町村、ご契約者の家族、ご契約者にかかわる居宅介護支援事業者及び、第1号通所事業サービス支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当該事故の状況及び、事故に際してとった処置について記録をします。
- (3) ご契約者に対する指定通所介護及び、第1号通所事業サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
- (4) 事故が生じた際には、その原因を究明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

11. 非常災害時の対策

- (1) 災害時の対応
 - ・別途定める「白ゆり南あいの里消防計画」に則り対応を行います。
- (2) 平常時の訓練
 - ・別途定める「白ゆり南あいの里消防計画」に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
- (3) 防災設備
 - ・スプリンクラー、避難階段、自動火災報知機、誘導灯、ガス漏れ報知器、防火扉、非常通報装置、カーテン(防災加工のあるもの)、消火器、非常用照明を使用しております。

重要事項説明書別添

【 説明事項確認書 】

契約締結に際して下記の項目を確認し、☑をお願いいたします。

高齢者の特徴で起こりやすい事柄へのリスク

- 施設は生活施設であり、原則的に身体拘束を行わないことから、転倒、転落による事故が発生する可能性があります。また、一般的に高齢者の身体は弱く、通常に対応でも容易に骨折や変色などを発症する恐れがあります。
- 一般的に水や食物を飲み込む力が低下し、誤嚥、誤飲等により、窒息を起こしやすい状態にあります。また高齢であること及び脳や心臓の疾患等により、容態が急変・急死される場合もあります。

感染症によるリスク

- 嘔吐や下痢、風邪症状、熱がある方、体調不良全般に関しましては、利用前・利用中問わずご利用をお断りする場合がございます。

その他生活面でのリスク

- 金銭について
 - ・多額の金額は持ち込まないで下さい。
 - ・基本的には金銭は自己管理して頂き、事務所等での預かりはいたしません。
 - ・他のご利用者との金銭の貸し借りは絶対に行わないで下さい。

※万が一、紛失した場合や金銭の貸し借りによるトラブルが発生した場合には責任を負いかねますのでご了承ください。

- 貴重品について
 - ・貴重品についても基本的には自己管理とさせていただきますのでご理解ください。

事業者からの申し出により利用停止して頂く場合

- ご利用者またはご家族が故意または重大な過失により、事業者またはサービス従事者もしくは他のご利用者等の生命・身体・財物等を傷つけ、また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
- ご利用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

原則意思決定においてはご利用者および身元引受人が責任を持ち、他ご家族様との意思統一を取っていただく形となりますが、上記内容は身元引受人以外のご家族様にも適用する内容になります。契約後に他のご家族様とも共有していただくようお願いいたします。

【 施設利用上のお願い 】

- (1) 持ち物（上履き・ジャンパー等）に、お名前を書いてください。
- (2) いつも使用している薬は、毎回忘れずにご持参ください。
- (3) 介護保険証は、新しくなりましたらその都度ご持参ください。
- (4) 入院・入所される場合は必ずご連絡ください。
- (5) 入浴時、上着や下着など着替えの必要な方はご持参ください。また、タオル類は出来るだけ白色ではなく、色物や柄物をご持参ください。
- (6) 送迎時間は道路事情などにより多少前後(15分程)することがあります。ご了承ください。※遅れる場合は必ずご連絡いたします。
- (7) 自己都合による遅刻や早退をされた際のご利用前後に、万が一事故等が発生した場合においても、当事業所では一切責任は負えませんので、ご了承下さい。
- (8) サービス提供時間内での外出(中抜け)はできませんので、ご了承下さい。
- (9) 利用者様同士での、食べ物(生もの)や金銭等のやり取りはご遠慮下さい。
- (10) 事業所職員若しくは他の利用者に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行なう事は禁止致します。

附 則

- この説明書は、平成22年1月6日より施行する。
この説明書は、平成24年11月1日より改定する。
この説明書は、平成25年4月1日より改定する。
この説明書は、平成26年4月1日より改定する。
この説明書は、平成26年10月1日より改定する。
この説明書は、平成27年4月1日より改定する。
この説明書は、平成27年8月1日より改定する。
この説明書は、平成29年4月1日より改定する。
この説明書は、平成30年4月1日より改定する。
この説明書は、平成30年10月1日より改定する。
この説明書は、令和1年10月1日より改定する。
この説明書は、令和2年4月1日より改定する。
この説明書は、令和3年4月1日より改定する。
この説明書は、令和3年10月1日より改定する。
この説明書は、令和4年4月1日より改定する。
この説明書は、令和4年10月1日より改定する。
この説明書は、令和6年4月1日より改定する。
この説明書は、令和6年6月1日より改定する。
この説明書は、令和7年4月1日より改定する。

上記の内容を説明し同意を得たことを証するため本書2通を作成し、契約者、事業所が署名の上、各1通を保有するものとします。

私は、本書面に基づき次の職員（職名：生活相談員 氏名： ）から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービス、または第1号通所事業サービスの利用開始に同意いたします。

令和 年 月 日

・ 契 約 者

（住所） _____

（氏名） _____

・ 代 理 人

私は、利用者本人の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

（署名代行者住所） _____

（署名代行者氏名） _____

（続柄） _____

・ 身元保証人及び連帯保証人

私は、以上の契約につき説明を受け、身元保証人及び連帯保証人としての責任について理解しました。

（住所） _____

（氏名） _____

（続柄） _____

