

# デイサービスもみじの家

《指定介護予防認知症対応型通所介護・指定認知症対応型通所介護》

## 重要事項説明書

当事業所は介護保険法の指定を受けています。

当事業所は、ご利用者に対して認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護のサービスを提供いたします。事業所の運営に関する規程の概要や提供するサービスの内容など、契約上ご注意いただきたい重要な事項について、次のとおり説明いたします。

| ～ 目次 ～                        | ページ   |
|-------------------------------|-------|
| 1. 事業所運営法人                    | 2     |
| 2. 利用事業所                      | 2.3   |
| 3. 事業所の従業者の員数、職種及び業務内容        | 3.4   |
| 4. サービスの内容                    | 4     |
| 5. 利用料金                       | 5～13  |
| 6. 料金のお支払いについて                | 13～15 |
| 7. サービスの利用に関する留意事項            | 15    |
| 8. 契約の終了について                  | 15.16 |
| 9. 非常災害時の対応                   | 17    |
| 10. 居宅サービス事業者からの利益收受の禁止等      | 17    |
| 11. 身元引受人                     | 17    |
| 12. 連帯保証人                     | 17    |
| 13. 緊急時・事故発生時の対応について          | 17.18 |
| 14. 運営推进会議の概要                 | 18    |
| 15. 損害賠償について                  | 18    |
| 16. サービス提供の記録について             | 18    |
| 17. 個人情報の取り扱いについて             | 19    |
| 18. 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 | 19    |
| 19. 相談・苦情の受付及び対応について          | 20    |
| 別掲1 「苦情処理の手順と解決のために講ずる具体的措置」  | 21    |
| 利用同意書                         | 22    |

改定日：2020年4月1日

この重要事項説明書は、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（厚生労働省令第34号）及び「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着旗介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（厚生労働省令第36号）、「札幌市指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例」（札幌市条例第9号）に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項の説明のために作成しています。

## 1. 事業所運営法人

|  |   |
|--|---|
| 法人名  | 社会福祉法人 協立いつくしみの会                                  |
| 法人所在地  | 札幌市厚別区厚別中央5条6丁目5番20号                              |
| 電話番号   | 011-896-1165                                      |
| FAX番号  | 011-894-4404                                      |
| 代表者氏名  | 理事長 石山 建治   |
| 法人設立年月日  | 1993年8月20日  |
| ホームページ   | <a href="http://karipu.jp/">http://karipu.jp/</a> |
| 法人が行う事業  | 社会福祉法人協立いつくしみの会では、以下の事業を実施しております。                 |
| <p>【特別養護老人ホームかりふ・あつべつ】札幌市厚別区厚別中央5条6丁目5番20号</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特別養護老人ホームかりふ・あつべつ（指定介護老人福祉施設）</li> <li>・特別養護老人ホームかりふ・あつべつ（（介護予防）短期入所生活介護）</li> <li>・訪問看護ステーションかりふ（（介護予防）訪問看護）</li> <li>・指定居宅介護支援事業所かりふ（居宅介護支援）</li> <li>・札幌市厚別区介護予防センター厚別中央・青葉（札幌市より委託）</li> </ul> <p>【高齢者生活支援ハウスえみな】札幌市厚別区厚別中央5条6丁目5番1号</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者生活支援ハウスえみな（札幌市より委託）</li> <li>・デイサービスセンターかりふ（通所介護、第1号通所型サービス）</li> </ul> <p>【ケアセンターかりふ・もみじ台】札幌市厚別区もみじ台西3丁目1番8号</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ショートステイメイプルハウス（（介護予防）短期入所生活介護）</li> <li>・デイサービスもみじの家（（介護予防）地域密着型認知症対応通所介護）</li> <li>・居宅介護支援事業所メイプルかりふ（居宅介護支援）</li> <li>・ヘルパーステーションかえで（訪問介護、第1号訪問介護相当型サービス） 厚別区もみじ台西6丁目1番4号</li> </ul> <p>【ケアセンターかりふ・上野幌】札幌市厚別区上野幌1条2丁目2番30号</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・デイサービスのののか（地域密着型通所介護、第1号通所型サービス）</li> <li>・小規模多機能ホームかりふ（（介護予防）小規模多機能型居宅介護）</li> <li>・サービス付き高齢者住宅ぼろか（サービス付き高齢者向け住宅）</li> </ul> |   |

## 2. 利用事業所

|         |  |
|---------|--|
| 事業所の種類  | 指定認知症対応型通所介護<br>指定介護予防認知症対応型通所介護   |
| 事業の目的   | 事業所が、要介護状態若しくは要支援状態等にある利用者に対し、適正な指定認知症対応型通所介護及び指定介護予防認知症対応型通所介護を提供することを目的とします。 |
| 事業所の名称  | デイサービスもみじの家  |
| 事業所所在地  | 札幌市厚別区もみじ台西3丁目1-8  |
| 電話番号    | 011-899-7733   |
| FAX番号   | 011-899-7700   |
| 事業所の管理者 | 仁木 要介  |
| 開設年月日   | 2005年12月1日   |

|            |   |
|------------|---|
| 事業所番号      | 0170503619  |
| 通常の事業の実施地域 | 札幌市厚別区  |
| 利用定員       | 1日につき1単位（1単位あたり12人）   |
| 営業日        | 毎週月曜日から土曜日（12月30日から1月3日は休み）   |
| 営業時間       | 8時30分から17時30分まで<br>サービス提供時間は9時30分から16時45分まで   |
| 事業所の運営方針   | <p>利用者が認知症の要介護状態となった場合においても、可能な限り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、必要な日常生活上の世話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の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。また、利用者が認知症の要支援状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。なお、事業の実施にあたっては、市町村、他の居宅サービス事業者又は介護予防サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの連携に努めることとします。</p> |

### 3. 事業所の従業者の員数、職種及び業務内容 （2020年4月1日現在）

| 職種        | 人数                | 備考（人員の内訳、兼務先等）                   |
|-----------|-------------------|----------------------------------|
| ア 管理者     | 1人（常勤兼務）          | 1人（常勤・イエ兼務）                      |
| イ 生活相談員   | 2人<br>（常勤2人）      | 1人（常勤・アエ兼務）<br>1人（常勤専従）          |
| ウ 看護職員    | 1人<br>（非常勤兼務）     | 1人（非常勤・オ兼務）                      |
| エ 介護職員    | 6人<br>（常勤5人非常勤1人） | 4人（常勤専従） 1人（常勤・ア兼務）<br>1人（非常勤専従） |
| オ 機能訓練指導員 | 1人<br>（非常勤兼務）     | 1人（非常勤・ウ兼務）                      |

#### ・各職種の業務内容

|       |   |
|-------|---|
| 管理者   | 管理者は、事業所の従業者の管理、指定認知症対応型通所介護及び指定介護予防認知症対応型通所介護の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。また、事業所の従業者に事業所の運営に必要な指揮命令を行います。 |
| 生活相談員 | 生活相談員は、利用者の生活全般に関わる相談及び援助業務を行います。   |

|         |  |
|---------|--|
| 看護職員    | 看護職員は、利用者の居宅サービス計画若しくは介護予防サービス計画及び認知症対応型通所介護計画若しくは介護予防認知症対応型通所介護計画に基づく看護を行います。 |
| 介護職員    | 介護職員は、利用者の居宅サービス計画若しくは介護予防サービス計画及び認知症対応型通所介護計画若しくは介護予防認知症対応型通所介護計画に基づく介護を行います。 |
| 機能訓練指導員 | 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために、個別機能訓練計画に基づき計画的な機能訓練を行います。                           |

#### 4. サービスの内容

|  |  |
|--|--|
| 食事   | 食事の提供及び食事の介助をします。                            |
| 排泄   | 利用者の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入浴   | 利用者の状況に応じ、衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。     |
| 機能訓練   | 利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。       |
| 健康管理   | 血圧測定、体温測定など、利用者の健康状態の管理に努めます。                |
| 送迎   | 希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。                      |
| <b>事業所及び従業員のサービスの提供にあたっての留意事項</b>  |  |
| 事業所は、利用者の認知症の症状の進行の緩和に資するよう、目標を設定し、計画的に行います。   |  |
| 事業所は、利用者が住みなれた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、適切に行います。  |  |
| 事業所は、利用者一人一人の人格を尊重し、それぞれの役割を持って日常生活を送ることができるよう配慮して事業を行います。   |  |
| 事業の実施に当たっては、指定認知症対応型通所介護計画若しくは指定介護予防認知症対応型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、機能訓練及び利用者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行います。  |  |
| 事業所は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。   |  |
| サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」）を行いません。緊急やむを得ない場合は、あらかじめ利用者の家族に、身体拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を説明し同意を得て行い、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。 |  |

## 5. 利用料金

当事業所の提供するサービスの料金は以下の2種類があります。

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) その他の利用料金（利用料金の全額を利用者が負担する場合）

### (1) 利用料金が介護保険から給付される場合

利用者が要介護認定を受けられ、居宅サービス計画に基づいて認知症対応通所介護若しくは介護予防認知症対応通所介護のサービスをご利用頂いた場合には、以下の料金がかかります。

なお、料金については、「介護保険負担割合証」に記載された割合（1割・2割・3割）に応じた利用者負担額がかかります。

### 《介護給付》

#### ①サービスの基本部分に係る料金

| 利用者の介護度      | 要介護1              | 要介護2              | 要介護3              | 要介護4              | 要介護5              |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| サービス名称       | 認知症対応型通所介護 I i 51 | 認知症対応型通所介護 I i 52 | 認知症対応型通所介護 I i 53 | 認知症対応型通所介護 I i 54 | 認知症対応型通所介護 I i 55 |
| サービスの単位      | 989 単位            | 1097 単位           | 1204 単位           | 1312 単位           | 1420 単位           |
| 1単位の単価       | 10.17 円           |                   |                   |                   |                   |
| 費用総額         | 10,058 円          | 11,156 円          | 12,244 円          | 13,343 円          | 14,441 円          |
| 介護保険の給付額（9割） | 9,052 円           | 10,040 円          | 11,019 円          | 12,008 円          | 12,996 円          |
| 利用者負担額（1割）   | 1,006 円           | 1,116 円           | 1,225 円           | 1,335 円           | 1,445 円           |
| 介護保険の給付額（8割） | 8,046 円           | 8,924 円           | 9,795 円           | 10,674 円          | 11,552 円          |
| 利用者負担額（2割）   | 2,012 円           | 2,232 円           | 2,449 円           | 2,669 円           | 2,889 円           |
| 介護保険の給付額（7割） | 7,040 円           | 7,809 円           | 8,570 円           | 9,340 円           | 10,108 円          |
| 利用者負担額（3割）   | 3,018 円           | 3,347 円           | 3,674 円           | 4,003 円           | 4,333 円           |

※1回あたりの金額です。

当事業所は「単独認知症対応型通所介護」の「7時間以上8時間未満のサービス」を基本の介護報酬として算定しています。ただし、利用者の居宅サービス計画又は通所介護計画において、短時間のサービス提供が位置付けられている場合、通所介護利用時に理美容サービス（事業所に来設する訪問理美容サービス）を利用することなどにより、サービス提供時間が短くなる場合には、その時間に応じた利用料金となります。（以下参照）

| 時間区分ごとの利用者負担金 | 要介護1 | 要介護2    | 要介護3    | 要介護4    | 要介護5    |         |
|---------------|------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 3時間以上4時間未満    | 1割   | 550 円   | 604 円   | 661 円   | 717 円   | 772 円   |
|               | 2割   | 1,099 円 | 1,208 円 | 1,322 円 | 1,434 円 | 1,544 円 |
|               | 3割   | 1,648 円 | 1,812 円 | 1,983 円 | 2,151 円 | 2,316 円 |
| 4時間以上5時間未満    | 1割   | 576 円   | 634 円   | 693 円   | 751 円   | 809 円   |
|               | 2割   | 1,152 円 | 1,267 円 | 1,385 円 | 1,501 円 | 1,617 円 |
|               | 3割   | 1,727 円 | 1,901 円 | 2,078 円 | 2,252 円 | 2,426 円 |

|            |    |        |        |        |        |        |
|------------|----|--------|--------|--------|--------|--------|
| 5時間以上6時間未満 | 1割 | 868円   | 961円   | 1,053円 | 1,147円 | 1,240円 |
|            | 2割 | 1,735円 | 1,922円 | 2,105円 | 2,293円 | 2,480円 |
|            | 3割 | 2,603円 | 2,883円 | 3,158円 | 3,439円 | 3,720円 |
| 6時間以上7時間未満 | 1割 | 890円   | 986円   | 1,079円 | 1,176円 | 1,272円 |
|            | 2割 | 1,780円 | 1,971円 | 2,158円 | 2,352円 | 2,543円 |
|            | 3割 | 2,670円 | 2,957円 | 3,237円 | 3,527円 | 3,814円 |

※1回あたりの金額です。

## ②上記サービスに係る加算等

### ア. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ

当事業所は、介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50/100以上であるため、この加算を算定します。

|                  | サービスの単位 | 単価     | 費用総額 | 介護保険の給付額  | 利用者負担額   |
|------------------|---------|--------|------|-----------|----------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | 18単位    | 10.17円 | 183円 | (9割) 164円 | (1割) 19円 |
|                  |         |        |      | (8割) 146円 | (2割) 37円 |
|                  |         |        |      | (7割) 128円 | (3割) 55円 |

※1回あたりの金額です。

### イ. 入浴介助加算

当事業所は、浴室等入浴の設備を整え、入浴を提供しこの加算を算定します。

|        | サービスの単位 | 単価     | 費用総額 | 介護保険の給付額  | 利用者負担額    |
|--------|---------|--------|------|-----------|-----------|
| 入浴介助加算 | 50単位    | 10.17円 | 508円 | (9割) 457円 | (1割) 51円  |
|        |         |        |      | (8割) 406円 | (2割) 102円 |
|        |         |        |      | (7割) 355円 | (3割) 153円 |

※1回あたりの金額です。

### ウ. 個別機能訓練加算

事業所では1日に120分以上機能訓練指導員を配置し、利用者ごとの個別機能訓練計画の作成および計画に基づいた個別機能訓練の実施によりこの加算を算定します。

|          | サービスの単位 | 単価     | 費用総額 | 介護保険の給付額  | 利用者負担額   |
|----------|---------|--------|------|-----------|----------|
| 個別機能訓練加算 | 27単位    | 10.17円 | 274円 | (9割) 246円 | (1割) 28円 |
|          |         |        |      | (8割) 219円 | (2割) 55円 |
|          |         |        |      | (7割) 191円 | (3割) 83円 |

※1回あたりの金額です。

### エ. 通所介護送迎未実施減算

事業所では利用者の居宅までの送迎を実施していますが、事業所による送迎が行われなかった場合（利用者が直接事業所へ来られた若しくは帰られた場合）は、片道につき以下の金額が減算されます。

|             | サービスの単位 | 単価      | 費用総額  | 介護保険の給付額    | 利用者負担額        |
|-------------|---------|---------|-------|-------------|---------------|
| 送迎未実施<br>減算 | 47 単位   | 10.17 円 | 477 円 | (9 割) 429 円 | (1 割) - 48 円  |
|             |         |         |       | (8 割) 381 円 | (2 割) - 96 円  |
|             |         |         |       | (7 割) 333 円 | (3 割) - 144 円 |

※1回あたりの金額です。

### オ. 若年性認知症入所者受入加算

若年性認知症の利用者を受け入れてサービスを提供した場合に以下の費用がかかります。

|                   | サービスの単位 | 単価      | 費用総額  | 介護保険の給付額    | 利用者負担額      |
|-------------------|---------|---------|-------|-------------|-------------|
| 若年性認知症<br>入所者受入加算 | 60 単位   | 10.17 円 | 610 円 | (9 割) 549 円 | (1 割) 61 円  |
|                   |         |         |       | (8 割) 488 円 | (2 割) 122 円 |
|                   |         |         |       | (7 割) 427 円 | (3 割) 183 円 |

※1回あたりの金額です。

### カ. 栄養スクリーニング加算

利用者について栄養状態を確認し、栄養状態に関する情報を介護支援専門員へ提供した場合、6月に1回を限度にこの加算を算定します。

|                | サービスの単位 | 単価      | 費用総額 | 介護保険の給付額   | 利用者負担額     |
|----------------|---------|---------|------|------------|------------|
| 栄養スクリー<br>ング加算 | 5 単位    | 10.17 円 | 50 円 | (9 割) 45 円 | (1 割) 5 円  |
|                |         |         |      | (8 割) 40 円 | (2 割) 10 円 |
|                |         |         |      | (7 割) 35 円 | (3 割) 15 円 |

※1回あたりの金額です。

### キ. 口腔機能向上加算

利用者ごとの口腔機能改善管理計画を作成し、計画に基づき口腔機能向上サービスを提供することにより、1月に2回を限度にこの加算を算定します。

|              | サービスの単位 | 単価      | 費用総額    | 介護保険の給付額      | 利用者負担額      |
|--------------|---------|---------|---------|---------------|-------------|
| 口腔機能向上<br>加算 | 150 単位  | 10.17 円 | 1,525 円 | (9 割) 1,372 円 | (1 割) 153 円 |
|              |         |         |         | (8 割) 1,220 円 | (2 割) 305 円 |
|              |         |         |         | (7 割) 1,067 円 | (3 割) 458 円 |

※1回あたりの金額です。

ク. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

当事業所は、厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているため、この加算を算定します。(1ヶ月の合計ご利用単位数の10.4%分の単位数を加算します。)

| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | サービスの単位 | 単価      | 費用総額    | 介護保険の給付額     | 利用者負担額     |
|---------------|---------|---------|---------|--------------|------------|
| 要介護1          | 110 単位  | 10.17 円 | 1,118 円 | (9割) 1,006 円 | (1割) 112 円 |
|               |         |         |         | (8割) 894 円   | (2割) 224 円 |
|               |         |         |         | (7割) 782 円   | (3割) 336 円 |
| 要介護2          | 121 単位  | 10.17 円 | 1,230 円 | (9割) 1,107 円 | (1割) 123 円 |
|               |         |         |         | (8割) 984 円   | (2割) 246 円 |
|               |         |         |         | (7割) 861 円   | (3割) 369 円 |
| 要介護3          | 132 単位  | 10.17 円 | 1,342 円 | (9割) 1,207 円 | (1割) 135 円 |
|               |         |         |         | (8割) 1,073 円 | (2割) 269 円 |
|               |         |         |         | (7割) 939 円   | (3割) 403 円 |
| 要介護4          | 144 単位  | 10.17 円 | 1,464 円 | (9割) 1,317 円 | (1割) 147 円 |
|               |         |         |         | (8割) 1,171 円 | (2割) 293 円 |
|               |         |         |         | (7割) 1,024 円 | (3割) 440 円 |
| 要介護5          | 155 単位  | 10.17 円 | 1,576 円 | (9割) 1,418 円 | (1割) 158 円 |
|               |         |         |         | (8割) 1,260 円 | (2割) 316 円 |
|               |         |         |         | (7割) 1,103 円 | (3割) 473 円 |

※1回あたりの金額です。(基本サービス、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ、入浴介助加算を算定した場合の1回あたりの介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の金額)

ケ. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)

当事業所は、厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているため、上記クとは別に、この加算を算定します。(1ヶ月の合計ご利用単位数の3.1%分の単位数を加算します。)

| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | サービスの単位 | 単価      | 費用総額  | 介護保険の給付額   | 利用者負担額     |
|------------------|---------|---------|-------|------------|------------|
| 要介護1             | 33 単位   | 10.17 円 | 335 円 | (9割) 301 円 | (1割) 34 円  |
|                  |         |         |       | (8割) 268 円 | (2割) 67 円  |
|                  |         |         |       | (7割) 234 円 | (3割) 101 円 |
| 要介護2             | 36 単位   | 10.17 円 | 366 円 | (9割) 329 円 | (1割) 37 円  |
|                  |         |         |       | (8割) 292 円 | (2割) 74 円  |
|                  |         |         |       | (7割) 256 円 | (3割) 110 円 |
| 要介護3             | 39 単位   | 10.17 円 | 396 円 | (9割) 356 円 | (1割) 40 円  |
|                  |         |         |       | (8割) 316 円 | (2割) 80 円  |
|                  |         |         |       | (7割) 277 円 | (3割) 119 円 |



|      |       |         |       |      |       |      |       |
|------|-------|---------|-------|------|-------|------|-------|
| 要介護4 | 43 単位 | 10.17 円 | 437 円 | (9割) | 393 円 | (1割) | 44 円  |
|      |       |         |       | (8割) | 349 円 | (2割) | 88 円  |
|      |       |         |       | (7割) | 305 円 | (3割) | 132 円 |
| 要介護5 | 46 単位 | 10.17 円 | 467 円 | (9割) | 420 円 | (1割) | 47 円  |
|      |       |         |       | (8割) | 373 円 | (2割) | 94 円  |
|      |       |         |       | (7割) | 326 円 | (3割) | 141 円 |

※1回あたりの金額です。(基本サービス、サービス提供体制強化加算(I)イ、入浴介助加算を算定した場合の1回あたりの介護職員等特定処遇改善加算(I)の金額)

## 《予防給付》

### ①サービスの基本部分に係る料金

| 利用者の介護度      | 要支援1               | 要支援2               |
|--------------|--------------------|--------------------|
| サービス名称       | 介護予防認知症対応型通所介護Ii51 | 介護予防認知症対応型通所介護Ii52 |
| サービスの単位      | 856 単位             | 956 単位             |
| 1単位の単価       | 10.17 円            |                    |
| 費用総額         | 8,705 円            | 9,722 円            |
| 介護保険の給付額(9割) | 7,834 円            | 8,749 円            |
| 利用者負担額(1割)   | <b>871 円</b>       | <b>973 円</b>       |
| 介護保険の給付額(8割) | 6,964 円            | 7,777 円            |
| 利用者負担額(2割)   | <b>1,741 円</b>     | <b>1,945 円</b>     |
| 介護保険の給付額(7割) | 6,093 円            | 6,805 円            |
| 利用者負担額(3割)   | <b>2,612 円</b>     | <b>2,917 円</b>     |

※1回あたりの金額です。

### ②上記サービスに係る加算

#### ア. サービス提供体制強化加算(I)イ

当事業所は、介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50/100以上であるため、この加算を算定します。

|                  | サービスの単位 | 単価      | 費用総額  | 介護保険の給付額 | 利用者負担額 |      |      |
|------------------|---------|---------|-------|----------|--------|------|------|
| サービス提供体制強化加算(I)イ | 18 単位   | 10.17 円 | 183 円 | (9割)     | 164 円  | (1割) | 19 円 |
|                  |         |         |       | (8割)     | 146 円  | (2割) | 37 円 |
|                  |         |         |       | (7割)     | 128 円  | (3割) | 55 円 |

※1回あたりの金額です。

### イ. 入浴介助加算

当事業所は、浴室等入浴の設備を整え、入浴を提供しこの加算を算定します。

|        | サービスの単位 | 単価      | 費用総額  | 介護保険の給付額    | 利用者負担額      |
|--------|---------|---------|-------|-------------|-------------|
| 入浴介助加算 | 50 単位   | 10.17 円 | 508 円 | (9 割) 457 円 | (1 割) 51 円  |
|        |         |         |       | (8 割) 406 円 | (2 割) 102 円 |
|        |         |         |       | (7 割) 355 円 | (3 割) 153 円 |

※1回あたりの金額です。

### ウ. 個別機能訓練加算

事業所では1日に120分以上機能訓練指導員を配置し、利用者ごとの個別機能訓練計画の作成および計画に基づいた個別機能訓練の実施によりこの加算を算定します。

|          | サービスの単位 | 単価      | 費用総額  | 介護保険の給付額    | 利用者負担額     |
|----------|---------|---------|-------|-------------|------------|
| 個別機能訓練加算 | 27 単位   | 10.17 円 | 274 円 | (9 割) 246 円 | (1 割) 28 円 |
|          |         |         |       | (8 割) 219 円 | (2 割) 55 円 |
|          |         |         |       | (7 割) 191 円 | (3 割) 83 円 |

※1回あたりの金額です。

### エ. 通所介護送迎未実施減算

事業所では利用者の居宅までの送迎を実施していますが、事業所による送迎が行われなかった場合(利用者が直接事業所へ来られた若しくは帰られた場合)は、片道につき以下の金額が減算されます。

|         | サービスの単位 | 単価      | 費用総額  | 介護保険の給付額    | 利用者負担額        |
|---------|---------|---------|-------|-------------|---------------|
| 送迎未実施減算 | 47 単位   | 10.17 円 | 477 円 | (9 割) 429 円 | (1 割) - 48 円  |
|         |         |         |       | (8 割) 381 円 | (2 割) - 96 円  |
|         |         |         |       | (7 割) 333 円 | (3 割) - 144 円 |

※1回あたりの金額です。

### オ. 若年性認知症入所者受入加算

若年性認知症の利用者を受け入れてサービスを提供した場合に以下の費用がかかります。

|               | サービスの単位 | 単価      | 費用総額  | 介護保険の給付額    | 利用者負担額      |
|---------------|---------|---------|-------|-------------|-------------|
| 若年性認知症入所者受入加算 | 60 単位   | 10.17 円 | 610 円 | (9 割) 549 円 | (1 割) 61 円  |
|               |         |         |       | (8 割) 488 円 | (2 割) 122 円 |
|               |         |         |       | (7 割) 427 円 | (3 割) 183 円 |

※1回あたりの金額です。

#### カ. 栄養スクリーニング加算

利用者について栄養状態を確認し、栄養状態に関する情報を介護支援専門員へ提供した場合、6月に1回を限度にこの加算を算定します。

|             | サービスの単位 | 単価      | 費用総額 | 介護保険の給付額   | 利用者負担額     |
|-------------|---------|---------|------|------------|------------|
| 栄養スクリーニング加算 | 5 単位    | 10.17 円 | 50 円 | (9 割) 45 円 | (1 割) 5 円  |
|             |         |         |      | (8 割) 40 円 | (2 割) 10 円 |
|             |         |         |      | (7 割) 35 円 | (3 割) 15 円 |

※1回あたりの金額です。

#### キ. 口腔機能向上加算

利用者ごとの口腔機能改善管理計画を作成し、計画に基づき口腔機能向上サービスを提供することにより、1月に2回を限度にこの加算を算定します。

|          | サービスの単位 | 単価      | 費用総額    | 介護保険の給付額      | 利用者負担額      |
|----------|---------|---------|---------|---------------|-------------|
| 口腔機能向上加算 | 150 単位  | 10.17 円 | 1,525 円 | (9 割) 1,372 円 | (1 割) 153 円 |
|          |         |         |         | (8 割) 1,220 円 | (2 割) 305 円 |
|          |         |         |         | (7 割) 1,067 円 | (3 割) 458 円 |

※1回あたりの金額です。

#### ク. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

当事業所は、厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているため、この加算を算定します。（1ヶ月の合計ご利用単位数の10.4%分の単位数を加算します。）

| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | サービスの単位 | 単価      | 費用総額    | 介護保険の給付額    | 利用者負担額      |
|---------------|---------|---------|---------|-------------|-------------|
| 要支援1          | 96 単位   | 10.17 円 | 976 円   | (9 割) 878 円 | (1 割) 98 円  |
|               |         |         |         | (8 割) 780 円 | (2 割) 196 円 |
|               |         |         |         | (7 割) 683 円 | (3 割) 293 円 |
| 要支援2          | 106 単位  | 10.17 円 | 1,078 円 | (9 割) 970 円 | (1 割) 108 円 |
|               |         |         |         | (8 割) 862 円 | (2 割) 216 円 |
|               |         |         |         | (7 割) 754 円 | (3 割) 324 円 |

※1回あたりの金額です。（基本サービス、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ、入浴介助加算を算定した場合の1回あたりの介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の金額）

#### ケ. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）

当事業所は、厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているため、上記クとは別に、この加算を算定します。（1ヶ月の合計ご利用単位数の3.1%分の単位数を加算します。）

| 介護職員等特定<br>処遇改善加算（Ⅰ） | サービスの単位 | 単価      | 費用総額  | 介護保険の給付額    | 利用者負担額     |
|----------------------|---------|---------|-------|-------------|------------|
| 要支援 1                | 29 単位   | 10.17 円 | 294 円 | (9 割) 264 円 | (1 割) 30 円 |
|                      |         |         |       | (8 割) 235 円 | (2 割) 59 円 |
|                      |         |         |       | (7 割) 205 円 | (3 割) 89 円 |
| 要支援 2                | 32 単位   | 10.17 円 | 325 円 | (9 割) 292 円 | (1 割) 33 円 |
|                      |         |         |       | (8 割) 260 円 | (2 割) 65 円 |
|                      |         |         |       | (7 割) 227 円 | (3 割) 98 円 |

※ 1 回あたりの金額です。（基本サービス、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ、入浴介  
助加算を算定した場合の 1 回あたりの介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）の金額）

（2）その他の利用料金（利用料金の全額を利用者が負担する場合）

| 費用項目                         | 内容及び金額   |
|------------------------------|--|
| 食費                           | デイサービスでの食事の提供に係る費用です。<br>1 回あたり 555 円  |
| キャンセル料                       | 利用日当日になってから利用の中止のご連絡をいただいた場合に<br>食費の実費分としてキャンセル料をいただきます。<br>1 回 555 円  |
| 通常の事業の<br>実施地域以外への<br>送迎の交通費 | 通常の事業の実施地域（札幌市厚別区）以外にお住まいの方で、サ<br>ービスをご利用される場合には、送迎の費用として、交通費の実費<br>分をお支払いいただきます。<br>実施地域を超える 1 km につき 30 円＋消費税                            |
| サービス提供記録の<br>複写物の料金          | サービスの実施記録の複写物をご希望される場合、下記の料金（実<br>費相当額）をお支払いいただきます。<br>サービス記録の複写物 1 枚につき 10 円＋消費税  |
| 料金支払いに係る<br>手数料              | 利用料金をお支払いいただく際の手数料については、利用者にご負<br>担いただきます。<br>①郵便口座自動払い込み・・・10 円<br>②銀行口座預金振替・・・150 円＋消費税<br>③郵便払込票による払込み・・・150 円～410 円<br>(請求金額により異なります。) |
| その他の実費                       | その他、当事業所のオムツを使用された場合、レクリエーション等<br>に参加された場合にはその実費をご負担いただく場合があります。   |

## 料金についての留意事項

|                    |  |
|--------------------|--|
| 料金の計算              | 介護保険法の規定上、利用料金は1か月に利用したサービスの合計単位数をもとに計算されますので、実際の請求金額が、上記の基本サービス費及び各種加算の1日（回）あたりの金額の合計とは異なることがありますので、ご注意ください。  |
| 区分支給限度額を超えるサービスの料金 | 提供したサービスが介護保険の介護度区分ごとの支給限度額を超過してのサービスとなった場合においては、超過した単位数に応じた費用総額が利用者負担となります。   |
| 法定代理受領サービスに該当しない場合 | 要介護認定を受けていない場合や保険料の滞納等により、提供したサービスが法定代理受領サービスでなくなった場合には、費用の全額を利用者にご負担いただきます。ただし、この場合利用者は事業所の発行する「サービス提供証明書」にて、市町村に申請することで上記金額の自己負担分を除く額の払い戻しを受けることができます。（償還払い） |

## 6. 料金のお支払いについて

|         |  |
|---------|--|
| 料金及びご請求 | 料金及びその他の費用は、1ヶ月ごとに計算し翌月に請求書を送付いたします。   |
| お支払方法   | <p>現金による窓口でのお支払いの場合</p> <p>窓口：社会福祉法人協立いつくしみの会法人事務局<br/>住所：札幌市厚別区厚別中央5条6丁目5番20号<br/>（特別養護老人ホームかりふ・あつべつ事務室内）</p> <p>受付曜日：平日（土日祝日及び年末年始は休み）<br/>受付時間：午前9時～午後16時<br/>電話番号：011-896-1165</p> <p>※上記受付曜日及び受付時間以外は対応できませんのでご了解ください。<br/>※盗難紛失事故等の防止のため職員による集金でのお支払いはお受けしておりませんので、ご了承ください。</p> <p>現金以外でのお支払いをご希望される場合は、下記の①～③よりお選びください。（なお、①の方法にてお支払いいただく場合は「自動払込利用申込書」、②の方法でお支払いいただく場合は「預金口座振替依頼書」にて郵便局又は金融機関に別途お申込みしていただきます。）</p> <p>①郵便口座からの自動払い込み<br/>ご指定の郵便口座からの自動払い込みにてお支払いいただけます。<br/>引き落とし日は25日及び末日（引き落とし日が土日祝日の場合は翌営業日）です。</p> |

自動払い込みに係る手数料（10円）は利用者にご負担いただきます。

なお、通帳には

.....(いつくしみの会) 自払..... 請求金額(円)  
.....料金..... 10(円).....

の2段で記載されます。事業所（法人）は請求金額分（上段）の領収書を翌月の請求書発送時に合わせて送付いたします。

下段の料金（10円）は自動払い込みに係る郵便局の手数料であり、手数料に係る請求書及び領収書は発行されません。（通帳への記載が郵便局による手数料の領収書の扱いとなります。）

## ②銀行口座からの預金口座振替

ご指定の金融機関からの口座振替にてお支払いいただけます。

振替日は27日（振替日が土日祝日の場合は翌営業日）です。

口座振替に係る手数料（150円＋消費税）は利用者にご負担いただきます。

なお、通帳には

.....HS. イツクシミノカイ..... 振替金額

と1行で記載されます。振替金額は、当法人の請求金額と振替手数料の合計金額となります。

通帳に記載される「HS」とは口座振替業者名（北洋システム開発株式会社）を指しており、同社の振替手数料（150円＋消費税）が当事業所（法人）の請求金額（利用料金）に上乗せされ、引き落としされます。

また、振替手数料は振替の結果に関わらず手数料がかかる仕組みのため、残高不足等の理由により口座振替ができなかった場合には翌月の振替の際にその振替手数料分が上乗せされますので、ご注意ください。

事業所（法人）は請求金額と振替手数料の領収書を翌月の請求書発送時に合わせて送付いたします。

## ③郵便振込み用紙によるお振込み

請求書発送時に「払込取扱票」を同封いたしますので、お近くの郵便局よりお振込みにてお支払いください。

なお、お振込みに係る手数料150円～410円（請求金額により異なります。）は利用者にご負担いただきます。

なお、①郵便自動払い込み、②預金口座振替については、申し込みの日によりは郵便局及び金融機関の手続きが間に合わない場合があります。その際、手続き完了までの利用料金は現金窓口若しくは

|  |  |
|--|--|
|  | <p>③郵便振込み用紙によるお振込みでお支払いいただきます。</p> <p>また、これらの手数料は郵便局及び口座振替業者の基準による2019年10月1日現在の手数料額です。業者による手数料額の変更や消費税の変更等に伴い、当法人の責によらず、手数料が変更となる場合がありますので予めご了承ください。</p> |
|--|--|

## 7. サービスの利用に関する留意事項

|             |  |
|-------------|--|
| サービスの中止・変更  | やむを得ず予定のサービスの中止を希望される場合は、必ず前日までに事業所までご連絡ください。当日になってからサービスの中止を希望された場合にはキャンセル料（1回555円）をいただきます。           |
| 事業所への連絡、報告  | サービスを提供するに当たって必要な情報（利用者の能力や健康状態及び使用中のお薬、その他緊急時の連絡先など）は事業所に正しくお伝えください。また、健康状態などの変化があった場合なども事業所にご連絡ください。 |
| 備品の使用       | 事業所内の設備や備品は正しく安全にお使いください。また、自傷他害行為は行わないでください。  |
| 施設への金品の持ち込み | 施設内には、高額の現金・通帳・貴金属などの貴重品はお持ち込みにならないようお願いいたします。紛失・盗難等の事故がありましても、事業所では責任を負いかねます。                         |
| その他         | ご不明な点その他事業所のサービスに異議がある場合などは、事業所に申し出てください。  |

## 8. 契約の終了について

|           |  |
|-----------|--|
| 契約の更新及び終了 | <p>当事業所との契約は、契約日から利用者の認定されている要介護認定の有効期間の満了日とします。ただし、以下①～④の場合には、契約はその更新後又は変更後の要介護認定の有効期間の満了日まで（②④による申請中の場合は決定後の認定の有効期間の満了日）とし、以後も契約は同様に自動的に更新します。</p> <p>① 要介護認定の有効期間の終了に伴い、利用者の要介護認定の有効期間が更新された場合</p> <p>② 上記①のため要介護認定の更新申請がなされ、要介護認定の決定がされていない場合（更新申請中の場合）</p> <p>③ 契約満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け認定の有効期間が更新された場合</p> <p>④ 上記③のため要介護認定の区分変更申請がなされ、要介護状態区分の決定がされていない場合（変更申請中の場合）</p> |
|-----------|--|

|   |   |
|---|---|
|   | <p>ただし、以下の場合には当事業所との契約は終了するものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者が死亡した場合</li> <li>● 利用者が介護保険施設へ入所した場合。</li> <li>● 利用者が医療機関等へ入院し退院できない、若しくは長期に亘り退院が見込まれない場合。(最終の利用日より3ヶ月以上)</li> <li>● 利用者の要介護認定区分が、非該当若しくは自立と判定された場合</li> <li>● その他利用者が相当期間以上にわたり、当事業所の提供するサービスの利用が困難となった場合</li> <li>● 下記Aにより、利用者から契約の解除の申し出があった場合</li> <li>● 下記Bにより、事業所から契約の解除の申し出があった場合</li> </ul>  |
| <p style="text-align: center;">A<br/>利用者からの契約解除の申し出</p> | <p>利用者は、契約の有効期間であっても契約の解除を申し出ることができます。この場合は契約解除を希望する14日前までに事業所に申し出てください。</p> <p>ただし、以下の場合には利用者は即時に契約を解除・解約できます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 事業所が正当な理由なく、介護保険法等関係法令に定めるサービスを提供しない場合</li> <li>● 事業所及び従業者が、下記17に定める守秘義務に違反した場合</li> <li>● 事業所及び従業者が、利用者の身体、財産、信用等を傷付けるなどの不信行為により、その後の契約を継続しがたい事情があった場合</li> <li>● 上記の他、契約の継続が困難となるような重大な事態が発生した場合</li> </ul>  |
| <p style="text-align: center;">B<br/>事業所からの契約解除の申し出</p> | <p>以下の場合に事業所は、利用者との契約を解除する場合があります。ただし、この場合事業所は利用者又は家族に対しその旨の説明を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者又は家族が、サービスの利用に関する指示等に従わないことなどにより、要介護状態を悪化させたと認められる場合</li> <li>● 利用者又は家族が、サービス提供にあたって必要な情報について、報告しない又は虚偽の報告をするなど適切なサービス提供が困難であると認められる場合</li> <li>● 利用者又は家族等が、他の利用者の生命、身体及び財産を傷付けるなど、その後の契約を継続しがたい事情があった場合</li> <li>● 利用者が上記5のサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、事業者が催促したにもかかわらず30日以内に支払わなかった場合</li> <li>● 利用者又は家族等が、他の利用者、家族等若しくは事業所又は従業者に対する、暴力、暴言、威嚇(口頭によるものも含む)、セクシャルハラスメント、パワーハラスメント、モラルハラスメント、及びそれらと相応又は同等の行為により、適切なサービス提供の継続が困難であると判断できる場合</li> <li>● 利用者又は家族等と事業所との信頼関係に支障をきたし、その回復が困難で、適切なサービスの提供を継続できないと判断できる場合</li> </ul> |



## 9. 非常災害時の対応

|          |   |
|----------|---|
| 非常災害時の対応 | 事業所では、非常災害時等に対応して防火管理設備等を整えています。非常災害時など、職員は利用者の安全を第一優先にしますので、職員の指示に従ってください。 |
| 防火設備概要   | スプリンクラー、消火器、自動火災報知機、誘導灯   |

## 10. 居宅サービス事業者等からの利益收受の禁止等

|         |   |
|---------|---|
| 利益收受の禁止 | 事業所は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益の供与はしません。 |
|---------|---|

## 11. 身元引受人

|          |   |
|----------|---|
| 身元引受人    | 契約にあたっては、契約終了後の残置物の引き取り及び利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として、身元引受人を定めていただきます。   |
| 身元引受人の義務 | 契約終了時に利用者の私物等（残置物）で引き取りをいただくものがあった場合には、事業所は利用者又は身元引受人にその旨を連絡いたします。身元引受人は、契約終了により事業所から連絡があった際には、連絡後2週間以内に残置物をお引き取り下さい。なお、引き取り、引き渡し又は処分等にかかる費用は利用者又は身元引受人にご負担いただきます。また身元引受人には、利用料等の債務の保証人として下記の連帯保証人となっていただきます。 |

## 12. 連帯保証人

|       |   |
|-------|---|
| 連帯保証人 | 連帯保証人の方には、この契約から生じる利用者の債務について、限度額80万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、利用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。<br>連帯保証人から請求があった場合には、当事業所は、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、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。 |
|-------|---|

## 13. 緊急時・事故発生時の対応

|              |   |
|--------------|---|
| 緊急時・事故発生時の対応 | サービス提供時に利用者の体調が急変した場合や緊急を要する場合、事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族や緊急連絡先（または契約書記載の保証人）等に連絡するとともに、主治医への連絡を行う若しくは受診するなど必要な措置を講じます。 |
|--------------|---|

|          |   |
|----------|---|
|          | 本重要事項説明書の最終ページに、上記の緊急連絡先及び主治医について記載をお願いしておりますので、正確にご記載ください。       |
| 記録と再発防止策 | 事業所は、事故の発生状況及び事故に際して採った処置について記録します。また、事故の原因を解明し再発を防止するための対策を講じます。 |
| 損害賠償     | 事業所はサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、利用者に対し速やかに損害賠償を行います。                |

#### 14. 運営推進会議の概要

|           |   |
|-----------|---|
| 運営推進会議の目的 | サービス提供に関して、提供回数等の活動状況等を報告し、運営推進会議から評価、要望、助言を受け、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保及び適切な運営ができるよう設置します。 |
| 委員の構成     | ・利用者 ・利用者家族 ・地域住民の代表者 ・地域包括支援センターの職員 ・認知症対応型通所介護について所見を有する者                                   |
| 開催時期      | おおむね6カ月に1回開催します。  |

#### 15. 損害賠償について

|       |  |
|-------|--|
| 損害賠償  | 事業所の責任により利用者に損害が生じた場合には、事業所は速やかにその損害を賠償します。ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。                  |
| 保険加入先 | 事業所（法人）は、事故等により利用者に損害を生じさせてしまった場合に備え、下記の保険に加入しております。保険会社には必要時に利用者、家族等の個人情報を提供する場合がありますので、ご承知置きください。<br>加入保険：社会福祉法人全国社会福祉協議会しせつの損害補償<br>保険会社：損害保険ジャパン日本興亜株式会社 |

#### 16. サービス提供の記録について

|              |   |
|--------------|---|
| 記録の整備と開示及び交付 | 事業所は、利用者に対し提供したサービスの内容及びその他必要な記録を整備します。利用者は、必要に応じてその記録の閲覧及び複写物の交付を受けることができます。<br>交付を希望される方は事業所管理者までお問い合わせください。なお、複写物の交付については、別途料金がかかります。<br>(1枚10円+消費税) |
|--------------|---|

### 17. 個人情報の取り扱いについて

|               |  |
|---------------|--|
| 個人情報の取り扱い     | 当法人及び事業所は「個人情報の保護に関する法律」及び介護保険法、関連諸法令に基づき、個人情報を適正に取り扱いします。                       |
| 従業員に対する契約     | 当法人、事業所の従業者は、雇用期間中及び退職後も、正当な理由なく業務上知り得た利用者または家族の秘密及び個人情報を漏らさないことを雇用契約時に誓約しています。  |
| 個人情報使用の同意について | 個人情報の取り扱いについては、別に定める「個人情報使用に係る同意書」及び「ホームページ及び広報誌等への写真の使用に係る同意書」において、同意を得ることとします。 |
| 個人情報取扱責任者     | デイサービスもみじの家<br>管理者 仁木 要介                      電話：011-899-7733                    |

### 18. 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

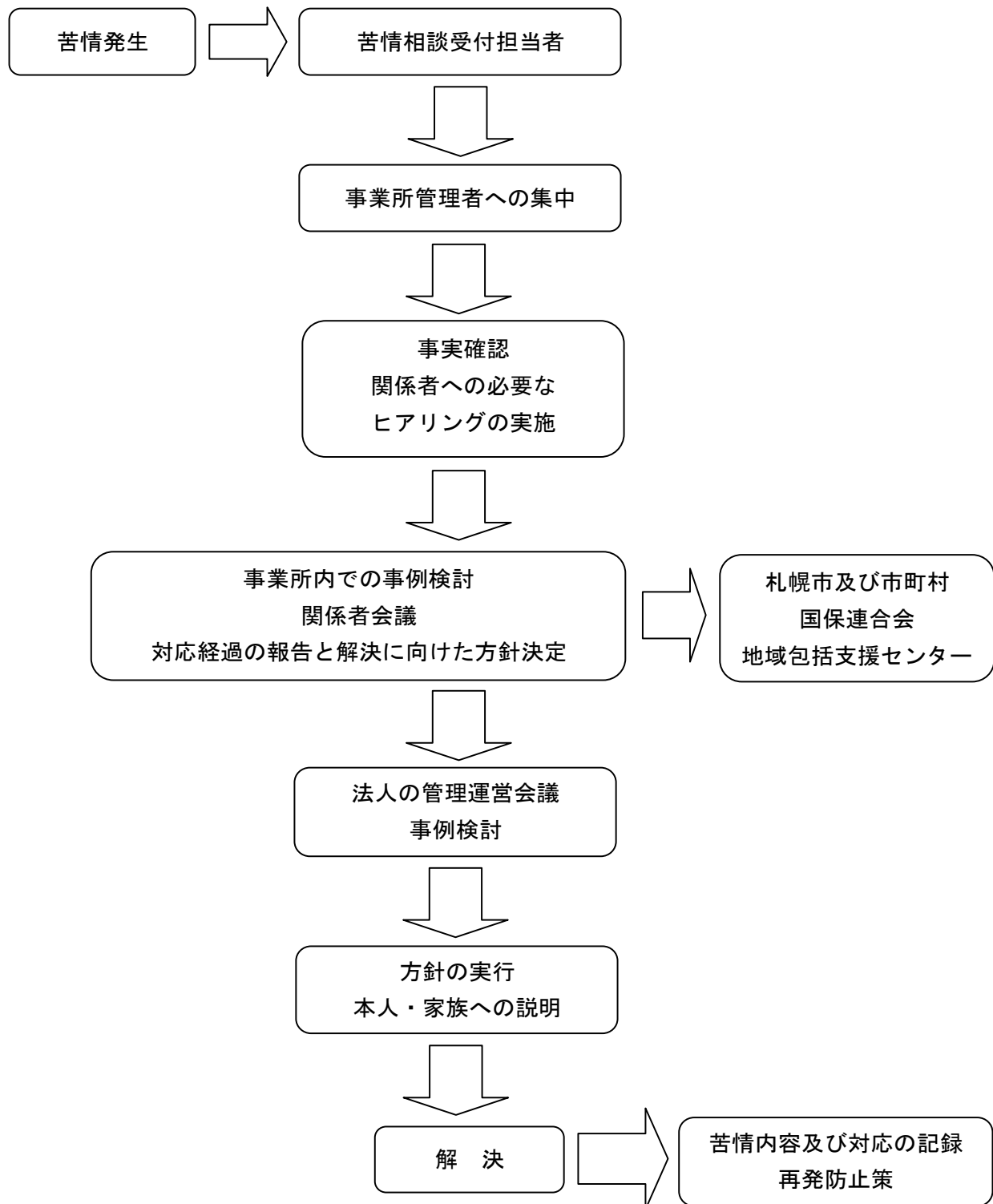
|                 |  |    |
|-----------------|--|----|
| 自己評価（質の評価）の取り組み | 当事業所では、自己評価の実施など、サービスの質の向上のための取り組みを行っています。 |    |
| 第三者評価の実施状況      | 実施の有無                                      | なし |
|                 | 実施した直近の年月日                                 | なし |
|                 | 実施した評価機関の名称                                | なし |
|                 | 評価結果の開示状況                                  | なし |

## 19. 相談・苦情の受付及び対応について

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <p>事業所の<br/>苦情相談受付<br/>窓口</p> | <p>当事業所は、利用者及び家族等からの苦情に適切に対応するため、苦情受付窓口、受付担当者を設置しています。</p> <p>受付窓口：デイサービスもみじの家<br/>担当者： 管理者 仁木 要介<br/>受付時間：平日8時30分から17時30分<br/>電話番号：011-899-7733</p>  |
| <p>法人の<br/>第三者委員</p>          | <p>当法人では、苦情解決にあたって、社会性、客観性を確保し、利用者等の立場や特性に配慮して、適切な対応を行うため、下記の第三者委員を設置しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・澤本 彰<br/>公益社団法人北海道勤労者医療協会<br/>本部事務局組織広報部次長（元老人保健施設事務長）<br/>TEL：011-813-5510</li> <li>・藤原 洋一<br/>地域代表（元病院事務長）<br/>TEL：011-892-4834</li> </ul>  |
| <p>苦情等の処理に<br/>あたって</p>       | <p>苦情の処理にあたっては、法人の苦情処理の手順及び別掲1の「苦情処理の手順と解決のために講ずる具体的措置」に基づき必要な対応を行います。</p>  |
| <p>外部の<br/>苦情相談窓口</p>         | <p>上記以外にも以下の公的な苦情相談窓口があります。</p> <p>札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課<br/>住所：札幌市中央区北1条西2丁目（札幌市役所内）<br/>電話：011-211-2972 FAX：011-218-5117</p> <p>北海道国民健康保険団体連合会 総務部介護障害者支援課企画・苦情係<br/>住所：札幌市中央区南2条西14丁目（国保会館内）<br/>電話：011-231-5175 FAX：011-233-2178</p> <p>札幌市社会福祉協議会 福祉サービス苦情相談<br/>住所：札幌市中央区大通西19丁目1-1（社会福祉総合センター内）<br/>電話：011-632-0550 FAX：011-613-5486</p> <p>北海道福祉サービス運営適正化委員会<br/>住所：札幌市中央区北2条西7丁目かでの2・7（北海道社会福祉協議会内）<br/>電話：011-204-6310 FAX：011-204-6311</p> <p>札幌市厚別区第1地域包括支援センター<br/>住所：札幌市厚別区厚別町山本750番地6（栄和会内）<br/>電話：011-896-5077 FAX：011-896-5021</p> <p>札幌市厚別区第2地域包括支援センター<br/>住所：札幌市厚別区厚別南5丁目1-10<br/>電話：011-375-0610 FAX：011-375-0615</p> |

社会福祉法人 協立いつくしみの会  
「苦情処理の手順と解決のために講ずる具体的措置」

苦情処理の手順と解決のために講ずる具体的措置



# 指定介護予防認知症対応型通所介護・指定認知症対応型通所介護 利用同意書

この内容の証明のために本書2通を作成し、事業所、利用者（若しくは代理人）が記名捺印のうえ、双方1通を保有します。

指定介護予防認知症対応型通所介護・指定認知症対応型通所介護の開始にあたり、利用者に対し本書面に基づき重要な事項を説明し、交付しました。

（住 所）札幌市厚別区もみじ台西3丁目1番8号

（事業所） デイサービスもみじの家

事業所管理者： 仁木 要介

重要事項説明者： \_\_\_\_\_ ㊟

指定介護予防認知症対応型通所介護・指定認知症対応型通所介護の契約にあたり、事業者から重要事項説明書の内容について説明を受け、理解したうえで同意し、交付を受けました。

西暦) 20 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟ 電 話 \_\_\_\_\_

利用者

住 所 \_\_\_\_\_

該当する項目を☑し下記に記載してください。(☐代筆者・☐代理人・☐身元引受人及び連帯保証人)

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟ 電 話 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

利用者との関係（続柄など） \_\_\_\_\_

## 《緊急時・事故発生時の連絡先》

|             |    |     |
|-------------|----|-----|
| 医療機関等       | 名称 |     |
|             | 住所 | TEL |
| 家族等の緊急時の連絡先 | 氏名 | 続柄  |
|             | 住所 | TEL |