

重 要 事 項 説 明 書

通所介護

当事業所はご契約者に対して、指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容等、契約上ご注意していただきたい内容を次の通り説明します。

〈 目 次 〉

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金について
6. 事故発生時の対応方法について
7. 苦情処理の体制及び手順

1. 事業者

- (1) 会社名 株式会社 クオリス
- (2) 所在地 釧路郡釧路町木場1丁目10番地3
- (3) 電話番号 0154-64-1886
- (4) 代表者氏名 代表取締役 山本 敏博
- (5) 設立年月 平成21年7月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所
指定介護予防通所介護事業所
- (2) 事業所の名称 デイサービスセンターここち
- (3) 事業所の所在 釧路郡釧路町木場1丁目10番地3
- (4) 電話番号 0154-64-1886
- (5) 事業管理者 豊島 由子
- (6) 開設年月 平成22年10月
- (7) 利用定員 20名

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 実施区域 釧路町・釧路市（旧音別町と旧阿寒町を除く）
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日
定休日	土・日 年末年始（12月31日から1月3日）
営業時間	8時30分から17時30分
サービス提供時間	9時45分から17時00分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の人員を配置しています。

職種	人数	指定基準
1. 管理者	1名	1名以上
2. 生活相談員	2名（兼務2名）	1名以上
3. 介護職員	6名（兼務1名）	3名以上
4. 看護職員	2名（兼務1名）	1名以上
5. 機能訓練指導員	2名（専従1名兼務1名）	1名以上

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金について

〈通所介護利用料金一覧表〉

要介護者（1日あたりの料金） 9時45分から15時30分まで

介護度	通所介護費	入浴加算	機能訓練加算	食 事	自己負担計
要介護1	567円	40円	56円	600円	1,263円
要介護2	670円				1,366円
要介護3	773円				1,469円
要介護4	876円				1,572円
要介護5	979円				1,675円

要介護者（1日あたりの料金） 9時45分から17時00分まで

介護度	通所介護費	入浴加算	機能訓練加算	食 事	自己負担計
要介護1	655円	40円	56円	600円	1,351円
要介護2	773円				1,469円
要介護3	896円				1,592円
要介護4	1,018円				1,714円
要介護5	1,142円				1,838円

〈通所型サービス利用料金一覧表〉

要支援者（1ヶ月あたりの料金）

介護度	通所介護費	運動器機能向上加算	食 事	自己負担計
要支援1	1,672円 (週に1回)	225円	600円 ×4~5回	1,897円 +食費
要支援2	3,428円 (週に2回)		600円 ×8~10回	3,653円 +食費

※介護職員処遇改善加算：介護サービス費に加算率（0.59%）を乗じた単位数で算定させていただきます。

※介護予防サービスは、食費・活動材料費等以外は月あたりの定額料金となります。

※明記されている通所介護費等は1割負担の額となっております。負担割合が2割の方は2を乗じた金額、3割の方は3を乗じた金額となりますので、ご了承ください。

※令和3年9月30日までの上乗せ分として0.01%を乗じた単位数を加算させていただきます。

当事業所では、ご契約者に対しての以下のサービスを提供します。なお、当事業所が提供するサービスについては、利用料金が介護保険から給付される場合と、利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります

- ・ 入浴サービス
ご契約者の身体状況にあわせ、整備された浴室、浴槽において安全な入浴を行い、身体の清潔を保持するとともに、心身のやすらぎを高めます。
- ・ 送迎サービス
ご契約者の身体状況や環境に応じて、乗降手段の変化に対応できる技術をもって、自宅から当事業所までの安全で快適な送迎を実施します。原則として、送迎途中での乗車・乗降はできません。
- ・ 介護サービス
自己決定、個別性を尊重し、ご契約者に応じた介護を行うとともに、安全で快適な環境づくりにより、事故防止に努めます。
- ・ 健康状態の確認
健康チェックにより、健康状態の把握を継続的に行い、ご契約者やご家族等へのアドバイスや健康管理を行います。
- ・ 機能訓練
ご契約者の身体状況や意向及び季節等に応じたレクリエーションや軽運動、手工芸、趣味活動、外出行事等を企画・実施し、充実した時間とともに心身機能の維持・向上及び自立促進を図ります。
- ・ 生活相談
ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

- ・ 食費（おやつ代含む）
食費として、1回あたり600円をいただきます。
- ・ レクリエーション、行事等にかかる諸費用
ご契約者が希望して、レクリエーションや行事等に参加され、ご契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用を実費でいただきます。
- ・ 日常生活上で必要となる諸費用
衣類汚染時の洗濯等、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を実費でいただきます。なお、おむつ・尿取りパット等のご持参頂きますが、不足等により当事業所の物を使用した場合、基本現物返却していただきます。

- ・ 時間外利用料金（緊急時のみ）
延長時間 30 分につき 750 円（30 分を超えたときは 1 時間とみなします）
をご負担いただきます。それにとまなうご帰宅の方法は、原則としてご家族等
での対応をお願いします。
- ・ 複写物の交付料金
ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写
物を必要とする場合には実費をいただきます。

利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は 1 ヶ月毎にまとめて、翌月 10 日以降に請求し 20 日前
後に指定口座より引き落としとなります。

また、口座引き落としをご利用にならない方は、20 日までに当社指定口
座にお振り込み頂くか、当事業所の受付窓口にて直接お支払い頂きます。なお、
手数料は自己負担になりますのでご了承下さい。

振込先

金融機関名：北海道銀行 釧路支店

口座番号：普通 1423551

口座名義人：株式会社クオリス 代表取締役 山本 敏博

※デイサービスをお休みされる場合

利用予定日の前日午後 5 時 30 分以降になってデイサービスのお休みを申出
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

利用予定日前日の午後 5 時 30 分までに申出があった場合	無料
利用予定日前日の 5 時 30 分までに申出がなかった場合	食事代のみ

6. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用
者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置
を講じます。

事故の状況及び事故に際して、行った処置について記録を行い保管します。

また、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場
合は、損害賠償を速やかに行います。

事故が発生した際には、その原因を解明し再発の防止の為、事故対策委員会にて
検証し再発防止策を講じます。

7. 苦情処理の体制及び手順

当事業所ご利用についての相談（苦情）の受付、及び解決の流れ

担当者	生活相談員	金田 竜治
相談（苦情）解決責任者		管理者 豊島 由子
相談（苦情）委員会		全職種にて構成
第三者委員		当社役員にて構成

相談（苦情）は、面談・電話・書面などにより相談（苦情）受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

相談（苦情）受け付け担当者が受け付け後、第三者委員（申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）へ報告し、内容を確認したあと、申出人に対して受けた旨を通知いたします。

解決責任者が相談（苦情）対応委員会を召集します。メンバーは管理者、生活相談員、機能訓練指導員、看護師、介護員等により構成され、相談（苦情）申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

- ア・相談（苦情）内容の確認
- イ・解決案の調整、助言
- ウ・話し合いの結果や改善事項の確認

8. 第三者評価の実施状況

未実施

その他の申立先

北海道国民健康保険団体連合会	011-231-5161
北海道社会福祉協議会	011-204-6310
釧路町保健福祉センター「あいぱーる」	0154-40-5210
釧路町社会福祉協議会	0154-40-5220
釧路市役所介護高齢者福祉課	0154-31-4598
釧路市社会福祉協議会	0154-24-1565

令和 年 月 日

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定通所介護 デイサービスセンター ここち
説明者 職種 管理者
氏名 豊島 由子

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所

氏名 印

(契約者代理人) 住所

氏名 印