地 域 密 着 型 通 所 介 護
介 護 予 防 ・ 日 常 生 活 支 援 総 合 事 業
(通 所 型 独 自 サ ー ビ ス)

重 要 事 項 説 明 書

株 式 会 社 ハ ー ト ケ ア ラ イ フ
虹 の 空 デ イ サ ー ビ ス セ ン タ ー

虹の空デイサービスセンター 重要事項説明書

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている指定通所介護サービス
地域密着型通所介護・通所型独自サービスについて契約を締結する前に、知っておいて
頂きた内容を説明いたします。わからない事、わかりにくい事があれば遠慮なく質問して下
さい。

1 事業者

法人名	株式会社ハートケアライフ
法人所在地	北見市西三輪2丁目661番地1
電話番号	(0157)36-4006
代表者氏名	代表取締役 森田 勝由
設立年月日	平成17年2月24日設立

2 事業者の概要

事業所の種類	地域密着型通所介護事業所 介護予防通所介護事業所(日常生活支援総合事業)
事業開始年月日	平成28年6月1日開始
事業所名	虹の空デイサービスセンター
通所介護 事業所番号	第 0195003058 号
介護予防 事業所番号	第 0175012541 号
事業所所在地	〒090-0838 北見市西三輪2丁目661番地1
電話番号	(0157)36-4006
管理者	佐藤 佳奈
利用定員	10名
通常のサービス 提供地域	北見市

3 事業実施地域

事業の実施地域	北見市
営業日	毎週 月曜日から金曜日
休日	毎週 土曜日・日曜日・祝日 年末年始 12月30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	通常サービス提供時間 7時間以上8時間未満 9時00分から16時15分
延長サービス提供時間	延長加算は、8時間を越えた部分につき加算する。 1時間以内 【延長1時間】 2時間以内 【延長2時間】

4 事業の目的と運営方針

事業の目的
当事業所は指定通所介護及び指定通所介護相当サービスの適切な運営を確保する為に必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、要介護状態・要支援状態にある利用者に対して指定通所介護・指定通所介護相当サービスの円滑な運営管理を図ると共に、利用者の意思及び人格を尊重し利用者の立場に立った適切な指定通所介護及び指定通所介護相当サービス介護を提供する事を目的とします。

運営の方針
居宅において自立した日常生活を営む事ができる様、生活上の世話や機能訓練等、介護や必要な援助を行います。
利用者の要介護状態・要支援状態の軽減若しくは悪化の防止に資するようその療養上の目標を設定し計画的に行います。
常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めます。
北見市、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、保健医療や福祉サービス提供者との連携に努めます。
サービス提供終了時は本人や家族に適切な指導を行い、主治医や居宅介護支援事業者へ情報提供を行います。
必要な日常生活上の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的精神的負担の軽減を図る。

5 職員の配置状況

職 種	人 員
管理者	1名 常勤 (生活相談員兼務)
① 事務担当職員	1名 常勤
② 看護職員	1名 常勤 (機能訓練指導員兼務)
③ 生活相談員	1名以上 常勤 (介護職員兼務)
④ 介護職員	1名以上 常勤 (生活相談員兼務)
⑤ 機能訓練指導員	1名 常勤 (看護職員兼務)
⑥ 調理員	1名 常勤
⑦ 送迎ドライバー	6名 常勤 (介護職員兼務)

6 当事業所が提供する通所介護・通所介護相当サービス内容

生活相談員	生活全般にわたる相談や援助を行います。
個別機能訓練 (要介護者)	日常動作訓練等個々の身体状況に合わせた運動計画を作成し筋肉トレーニング等の機能訓練を行い介護度の改善を目指します。
運動器機能 サービス (要支援者)	日常動作訓練等個々の身体状況に合わせた運動計画を作成し筋肉トレーニング等の機能訓練を行い介護度の改善を目指します。
介護サービス	レクリエーションなど制作活動、カラオケ等多岐にわたる余暇活動を提供させていただきます。
健康チェック	ご利用毎の血圧・体温・脈拍の測定及び月1回の体重測定により利用者の健康管理を行います。
送 迎	御利用者様の状況により、リフト車、ワゴン車でお送り、お迎え致します。送迎車の乗降、車輦内での安全確保のための人員を配置致します。
給食サービス	栄養バランスを考え、季節感ある楽しい食事を提供します。
入浴サービス	広い浴場で安心して入浴して頂けます。
延長サービス	営業時間内での延長サービスが受けられます。急な用事で遅くなる時でも安心です。夕食サービスもしています。

7 通所介護業者の禁止行為

- ① 医療行為(但し、看護職員・機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く)
- ② 利用者又は家族の金銭、貯金通帳、証書、書類などの預かり。
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受。
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く。)
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為。

8 地域密着型通所介護サービスの利用料金

(1日あたり・一割負担額)

所要時間 要介護度	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	416	436	657	678	753
要介護2	478	501	776	801	890
要介護3	540	566	896	925	1,032
要介護4	600	629	1,013	1,049	1,172
要介護5	663	695	1,134	1,172	1,312

(1日あたり・二割負担額)

所要時間 要介護度	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	832	872	1,314	1,356	1,506
要介護2	956	1,002	1,552	1,602	1,780
要介護3	1,080	1,132	1,792	1,850	2,064
要介護4	1,200	1,258	2,026	2,098	2,344
要介護5	1,326	1,390	2,268	2,344	2,624

(1日あたり・三割負担額)

所要時間 要介護度	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	1,248	1,308	1,971	2,034	2,259
要介護2	1,434	1,503	2,328	2,403	2,670
要介護3	1,620	1,698	2,688	2,775	3,096
要介護4	1,800	1,887	3,039	3,147	3,516
要介護5	1,989	2,085	3,402	3,516	3,936

介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	ご利用料金と各種加算の合計金額の9.0%に相当する額の1割又は2割又は3割となります。	月1回
入浴介助加算 (Ⅰ)	40 円	1回につき

【 減算 】 ※ 該当する場合

同一建物減算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に地域密着型通所介護を行う場合	-94 円	1回につき
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	-47 円	片道につき

食事代	昼食	660 円	1食
	夕食	770 円	

要支援2

回数	4時間以上	1,341	単位/回	月7回まで。
回数	4時間未満	1,101		
日割	4時間以上	357	単位/日	日割りの要件に該当
日割	4時間未満	291		する場合。

通所型独自サービス 介護職員等処遇改善加算	(Ⅱ)	ご利用料金と各種加算の合計 金額の9.0%に相当する額の 1割又は2割又は3割となります。	月1回
食事代	昼食	660 円	1食
	夕食	770 円	

【 減算 】 ※ 該当する場合

同一建物減算 1	事業所と同一建物に居住する者又	事業対象者・要支援1	-376円	月1回
同一建物減算 2	は同一建物から利用する者に通所	要支援2	-752円	
同一建物減算 3	型サービスを行う場合	回数の場合	-94円	1回につき
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合		-47円	片道につき

その他、おむつ代、歯磨き粉代等、レクリエーションにかかる費用等は
自己負担となります。

オムツ代	パット型・アテント型 尻とりパット オムツの持込も可能です。	150円 70円
------	--------------------------------------	-------------

その他	レクリエーション等の教材費や歯磨き粉 等の雑貨物は実費となります。 事前に実費費用額は提示させて 頂きます。
-----	---

10 キャンセル料金

サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡を頂いた
時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。

24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
12時間前までのご連絡の場合	1提供当りの料金の 50%を請求いたします。
12時間前までにご連絡のない場合	1提供当りの料金の 100%を請求いたします。

ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル
料金は請求いたしません。

11 利用料・利用者負担額

介護保険を適用する場合
(その他の費用の請求方法等)

利用料、利用者負担額及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し利用月ごとの合計金額により請求いたします。

上記に係る請求書は利用明細を添えて利用月の翌月10日までに利用者宛にお届け(郵送)します。

介護保険を適用する場合
(その他の費用の支払方法等)

サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ請求月の末日迄に下記の方法によりお支払い下さい。

(ア) 事業者指定口座への振込

事業所が指定した金融機関等に振込をして頂きます。その時の振込手数料は利用者負担となります。

(イ) 現金支払い

所定の利用者負担金徴収票をお渡しますので次回利用時にお持ち下さい。その時は必ず領収書を発行いたします。

お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず領収書をお渡します。必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)

利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず支払い期日から二ヶ月以上遅延し、さらに支払いの監視から10日以内に支払が無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

振込先 北見信用金庫 西支店 普通 0615297

株式会社ハートケアライフ
代表取締役 森田 勝由(モリタ カツヨシ)

振込手数料は利用者様負担でお願いいたします。

12 相談・要望・苦情等窓口

通所介護及び介護予防通所介護サービスに関する相談・要望・苦情等は下記窓口までお申し出下さい。

虹の空デイサービスセンター

TEL (0157)36-4006

苦情受付窓口(担当者)

管 理 者	佐藤 佳奈
生 活 相 談 員	辻 茜

受付時間 毎週 月曜日から金曜日
8時30分～17時30分

行政機関の苦情受付

北見市役所 介護福祉課
0157-25-1144

北海道国民健康保険団体連合会 介護福祉課
011-231-5161

13 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、下記の緊急連絡先の上必要に応じて主治医・救急隊・居宅介護支援事業所に連絡を致します。

14 事故発生時の対応

通所介護及び介護予防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、当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに必要な措置を行います。通所介護及び介護予防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、速やかに損害賠償を行います。事故が発生した際にはその原因を解明し再発生を防ぐための対策を講じます。

15 サービス提供の記録

指定通所介護・介護予防通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、そのサービスを提供した日から5年間は保存するものとする。

利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

16 損害賠償保険

事業所は、損害賠償保険に加入しています。

保 険 会 社 名 損保ジャパン日本興亜株式会社

保 障 の 概 要 対人・対物・管理財物
利用者の経済損失に係る賠償責任

17 秘密保持等

事業者および事業者の使用する者はサービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。事業者はサービス提供する上で必要がある場合サービス担当者会議等において利用者及び利用者の家族の個人情報を用いる事があります。

18 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的開催するとともにその結果について従業者に周知徹底を図る。
- ② 虐待防止のための指針の整備。
- ③ 虐待を防止するための定期的な研修の実施。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置。

事業所はサービス提供中に当事業所従業者及び養護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

19 非常災害対策

災害等の非常事態に際しては、利用者及び従業者の生命及び身体の安全及び保護を優先して対処する。

非常災害に関する具体的計画を立てるとともに、非常災害に備えるため定期的に避難訓練、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

20 ハラスメントについて

利用者又は家族が従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行い、その状態が改善されない場合この契約を解除する場合があります。

① 暴力又は乱暴な言動、無理な要求

- ・ 物を投げつける
- ・ 刃物に向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
- ・ 怒鳴る、奇声、大声を発する
- ・ 対象範囲外のサービスの強要

② セクシュアルハラスメント

- ・ 介護従事者の体を触る、手を握る
- ・ 腕を引っ張り抱きしめる
- ・ ヌード写真を見せる
- ・ 性的な話し卑猥な言動をする

③ その他

- ・ 介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く
- ・ ストーカー行為 など

21 提供するサービスの第三者評価実施状況

- ・ 特になし

(1) 緊急連絡先

氏名		続柄	
住所	〒 —		
電話		携帯	

(2) 主治医

氏名		続柄	
住所	〒 —		
電話		携帯	

令和 年 月 日

地域密着型通所介護及び通所型独自サービスの提供開始にあたり、利用者に対し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	事業者名	株式会社ハートケアライフ 虹の空デイサービスセンター
	住所	北見市西三輪2丁目661番地1
	説明者	管理者 佐藤 佳奈

利用者 住所 _____
氏名 _____

家族・上記代理人 住所 _____
続柄 () 氏名 _____

(1日あたり・三割負担額)

所要時間 要介護度	3時間以上	4時間以上	5時間以上	6時間以上	7時間以上
	4時間未満	5時間未満	6時間未満	7時間未満	8時間未満
要介護1	1,248	1,308	1,971	2,034	2,259
要介護2	1,434	1,503	2,328	2,403	2,670
要介護3	1,620	1,698	2,688	2,775	3,096
要介護4	1,800	1,887	3,039	3,147	3,516
要介護5	1,989	2,085	3,402	3,516	3,936

介護職員処遇改善加算 (I)	ご利用料金と各種加算の合計金額の5.9%に相当する額の1割又は2割又は3割となります	月1回
介護職員等特定処遇改善加算 (II)	ご利用料金と各種加算の合計金額の1.0%に相当する額の1割又は2割又は3割となります	月1回
介護職員等ベースアップ等支援加算	ご利用料金と各種加算の合計金額の1.1%に相当する額の1割又は2割又は3割となります	月1回

令和6年6月1日より

介護職員等処遇改善加算 (II)	ご利用料金と各種加算の合計金額の9.0%に相当する額の1割又は2割又は3割となります	月1回
------------------	--	-----

入浴介助加算 (I)	40 円	1回につき	
食事代	昼食	660 円	1食
	夕食	770 円	