

重要事項説明書

デイサービスあき（以下、当事業所）は旭川市長より介護保険の指定を受けています
（事業所番号 第 0192902203 号）

当事業所は、要支援、要介護と認定された利用者に対して、通所介護サービス及び介護予防通所介護サービスを提供します。

当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたい重要事項を、次の通り説明します。

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 合同会社 生き生きあさひかわ |
| (2) 法人所在地 | 北海道旭川市秋月3条2丁目11番3号 |
| (3) 電話番号 | 0166-76-9031 |
| (4) 代表者氏名 | 代表社員 阿木進吾 |
| (5) 設立年月日 | 平成25年12月27日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|------------|----------------------------|
| (1) 事業所の種類 | 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 |
| (2) 名称 | デイサービスあき |
| (3) 所在地 | 旭川市秋月3条2丁目28-26 |
| (4) 電話番号 | 0166-76-9031 |
| (5) 管理者氏名 | 阿木進吾 |
| (6) 開設年月日 | 平成26年8月1日 |
| (7) 通所定員 | 10名 |

3. 職員体制

- (1) 職員配置
- ・ 管理者1名（常勤兼務）
 - ・ 生活相談員1名（常勤兼務）
 - ・ 介護職員10名（非常勤専従10名）
 - ・ 機能訓練指導員1名（看護師・非常勤兼務）
 - ・ 看護職員1名（看護師・非常勤兼務）
- ※当事業所の職員配置は指定基準を厳守しています。

4. 通所介護の内容

- | | |
|-------------|----------------------------|
| (1) 通所介護の種類 | 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 |
|-------------|----------------------------|

(単独型)

利用できる方は、要支援・要介護の認定を受けた方で、医師により認知症であることが認められた方です。

- (2) 営業日 月曜日～土曜日
- (3) 定休日 日曜日、祝日、お盆（8月13日～15日）、
年末年始（12月31日～1月3日）
- (4) 営業時間 月曜日～土曜日、8時30分～17時30分まで
- (5) サービス提供時間 月曜日～土曜日、9時30分～16時45分まで
- (6) サービス提供対象地域 旭川市内

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

- ・電話：0166-76-9031（FAX 0166-76-9071）
- ・担当：管理者・生活相談員 阿木進吾（あきしんご）

(2) 提供するサービス

- ・通所介護計画書及び介護予防通所介護計画書の作成
居宅サービス計画書をもとに上記計画書を作成いたします
- ・朝、夕方の送迎
当事業所の自動車でご自宅まで送迎します
特別な理由がない限り、自宅までの送迎が条件となり、途中下車はできません
- ・健康状態観察
血圧、脈拍、体温を測定し、その日の健康状態をみます
緊急対応として救急車搬送となりますので、あらかじめご了承下さい
- ・日常生活の支援
判断や動作などをお手伝いします
- ・機能訓練
無理のない内容で利用者に合った訓練をします
日常的な家事や動きに合わせた訓練が中心です
- ・昼食の提供
当事業所で、利用者の好みや要望に配慮した、昼食を提供します
- ・レクリエーション
利用者に合った内容で行います
- ・入浴
普通の家庭風呂に必要な介助をします
- ・相談援助
お気軽に相談して下さい

(3) サービス利用料金

- ・サービス利用料金は厚生労働大臣が定める介護報酬の告知額の1割～3割です。

- ・下記の料金は当事業所の基本サービス提供時間の料金です（7時間以上8時間未満）。
- ・入浴されなかった場合、入浴加算はかかりません。
- ・食事をされなかった場合、食事代はかかりません（準備した場合はかかります）。

〈要介護の方〉

要介護度	全額の料金	利用者1割負担額	2割負担額は 左記負担額の2倍 3割負担額は3倍 となります
要介護1	9,940円	994円	
要介護2	11,020円	1102円	
要介護3	12,100円	1210円	
要介護4	13,190円	1319円	
要介護5	14,270円	1427円	

〈要支援の方〉

要支援1	8,610円	861円	2割負担額は2倍
要支援2	9,610円	961円	3割負担額は3倍

〈加算 ～ 全利用者が該当〉

サービス提供体制 強化加算Ⅲ	60円	6円	2割負担額は2倍 3割負担額は3倍
介護職員処遇 改善加算Ⅲ	1か月の総介護報酬単位数×15.0%×10円 の1割～3割		

〈加算 ～ 該当するもののみ〉

入浴介助加算Ⅰ	400円	40円	2割負担額は 左記負担額の2倍 3割負担額は3倍 となります	
入浴介助加算Ⅱ	550円	55円		
口腔機能向上加算Ⅰ	1,500円	150円		
若年性認知症利用者 受入加算	600円	60円		
延長 加算	9～10時間	500円		50円
	10～11時間	1,000円		100円
	11～12時間	1,500円	150円	
感染症等対応加算	1か月の総介護報酬単位数×3%×10円 の1割～3割			

※入浴介助加算については、基本「入浴介助加算Ⅰ」を算定します。「入浴介助加算Ⅱ」を算定する場合には、別途同意書をいただきます。

※「口腔機能向上加算Ⅰ」を算定する場合には、別途同意書をいただきます。

〈その他の料金 ～ 全額自己負担〉

昼食代	700円	おやつ2回分込み
夕食代	600円	—
リハビリパンツ	1枚150円	税込
尿取りパッド	1枚50円	税込

上記のほか、介護の提供において通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担を求めることが適当と認められる費用については、別途請求させていただく場合があります

※その他の時間区分による料金は、別頁をご参照ください。

※厚生労働大臣が定める介護報酬の告知の額が変更になった場合は、利用料金がそれにあわせて変更になります。あらかじめご諒承下さい。

6. 利用料金のお支払いの方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算し、翌月の15日までにご請求いたします。請求書をお受け取りになった月の月末までにお支払いください。支払方法は話し合いのうえ、双方が合意した方法によります（現金・振込み）。

7. 利用の中止、変更、追加

利用者又はご家族の都合で利用を中止したり、追加利用、利用日の変更をしたい場合は、利用予定日の前日までにお電話などでご連絡ください。可能な限り対応いたします。

8. 利用契約の解除

当事業所のサービスが不要になった等により、当事業所との利用契約を解除したい場合は、お申し出下さい。

9. 秘密の保持

利用者やご家族に関する秘密は守られます。職員が退職した後や契約が終了した後も同様です。利用者およびご家族から、あらかじめ文書により同意を得た場合、利用者のためのサービス担当者会議等（同意書記載項目）に限り使用させていただきます。

10. 賠償責任

事業者は、サービスの提供にともなって事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。但し、事業者に故意過失がなかった場合はこの限りではありません。

利用者およびその家族の故意又は重大な過失にもつぱら起因して損害が発生した場合は、賠償額を減額することができます。

事業者は、万一の事故に備えて損害賠償責任保険に加入しています。

11. 苦情の受付

(1) 当事業所における苦情の受付

苦情や要望はいつでもお聞かせください。

- ・ 苦情要望窓口 管理者 阿木進吾
- ・ 電話番号 0166-76-9031
- ・ 受付時間 月曜日～土曜日、8時30分～17時30分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

旭川市役所 福祉保険部 長寿社会課	所在地：旭川市6条9丁目 電話番号：0166-26-1111 受付時間：9：00～17：00
北海道 国民健康保険団体連合会	所在地：札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 電話番号：011-231-5161 受付時間：9：00～17：00
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地：札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7 電話番号：011-204-6310 受付時間：9：00～17：00

〈参考〉令和6年4月からの利用者負担額

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	
要介護1	543円	要介護1	569円	要介護1	858円
要介護2	597円	要介護2	626円	要介護2	950円
要介護3	653円	要介護3	684円	要介護3	1040円
要介護4	708円	要介護4	741円	要介護4	1132円
要介護5	762円	要介護5	799円	要介護5	1225円
要支援1	475円	要支援1	497円	要支援1	741円
要支援2	526円	要支援2	551円	要支援2	828円

6時間以上7時間未満		7時間以上8時間未満		8時間以上9時間未満	
要介護1	880円	要介護1	994円	要介護1	1026円
要介護2	974円	要介護2	1102円	要介護2	1137円
要介護3	1066円	要介護3	1210円	要介護3	1248円
要介護4	1161円	要介護4	1319円	要介護4	1362円
要介護5	1256円	要介護5	1427円	要介護5	1472円
要支援1	760円	要支援1	861円	要支援1	888円
要支援2	851円	要支援2	961円	要支援2	991円

※上記はすべて1割負担分の金額です。

2割負担額は上記負担額の2倍、3割負担額は3倍となります。