

重要事項説明書（通所介護）

通所介護におけるサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第105条により準用する同省令第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 雄心会
主たる事務所の所在地	北斗市清水川4番地1
代表者の氏名	理事長 伊藤 正明
電話番号	0138 (77) 1700

2. ご利用施設

施設の名称	社会福祉法人雄心会 デイサービスセンターひのき
施設の所在地	檜山郡江差町字柳崎町86-2
都道府県知事許可番号	0171600547
管理者の氏名	齊藤 友江
電話番号	0139-52-0105

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
特定施設入居者生活介護 (介護予防含む)	令和 元年12月 1日	0171600547	70人
短期入所生活介護 (介護予防含む)	令和 元年12月 1日	0171600547	10人

4. 施設の目的と運営の方針

〔目的〕 社会福祉法人雄心会が開設するデイサービスセンターひのきの適正な運営を行うために、人員及び管理・運営に関する事項を定め、事業所の職員が、要介護状態又は要支援状態にある利用者に対し、適正な通所介護の各種サービスを提供することを目的とします。

〔方針〕 通所介護職員は、要介護者等の心身の特性及びそのおかれている環境等を踏まえて、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、必要なりハビリテーション等を行うことにより、利用者の心身の機能の維持・回復を図るものとします。

事業の実施にあたっては、関係市区町村、居宅介護支援事業所、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 利用定員

定 員 20名（市区町村からの委託による介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスの定員を含む。）

6. 通常の実施地域

実施地域 江差町、厚沢部町、乙部町、上ノ国

7. 営業日及び営業時間

営 業 日 月～金

営業時間 通常は午前10時00分から午後3時00分まで
利用者の状況により通常時間外の利用も可能（有料）

休 日 土・日曜日、年末年始（12月30日～1月3日）

8. キャンセル

利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかにご連絡ください。

9. 職員体制

職員の職種	人 員
管理者	1名（兼務）
生活相談員	2名（兼務2名）
看護職員	1名（兼務1名）
介護職員	2名以上（専従又は兼務）
機能訓練指導員	1名以上（専従又は兼務）

10. サービスの利用料

(1) 介護保険給付によるサービス

介護保険給付のサービスに係る費用とは、基本サービス費及び加算とがあり、これらの費用については、厚生労働省より告示される介護報酬に従い、通常その額の1割額をお支払いいただきます。(年間所得によっては2割負担の場合があります) 詳細については、別紙をご参照下さい。

(2) 介護保険給付外サービス

1) 食費

施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

昼食	504円
夕食	454円

2) 教養娯楽費

教養娯楽活動で使用する材料等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

材料費等の実費徴収

3) おむつ代

利用者の身体の状態により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

テープ式おむつ1枚	100円
パンツ式1枚	80円
尿とりパット1枚	30円

4) 基本時間外施設利用料／1時間 1,000円

利用者の家族等の都合で、通所介護終了後も利用者が長時間施設に滞在する場合にお支払いいただきます。

(消費税込みの金額となっております)

(3) サービスの中止、変更、追加

1) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出してください。

2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として、下記の料金をお支払いしていただく場合があります。但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申出がなかった場合	504円(昼食代)

- 3) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

(4) お支払い方法

- 1) 月末締めめの清算とし、毎月12日ごろまでに、前月分の請求書を発行いたします。お支払いの方法は原則として、ご利用様の口座より、毎月27日に口座自動振替をさせて頂きます。それ以外の方法は別途話し合いのうえ、双方合意した方法により行います。
- 2) 領収書につきましては、口座自動振替をさせて頂いた日付にて、領収書に領収印（領収日入り）を押印し、翌月に当月発行の請求書と一緒にお渡しいたします。口座自動振替以外の方法でお支払い頂いた場合には、その場で領収書を発行いたします。

1 1. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、動意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 2. 虐待の防止について

事業者は、利用等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 1) 虐待防止に関する担当者を選定します。

■ 虐待防止に関する担当者	齊 藤 友 江（管理者）
---------------	--------------

- 2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- 3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- 4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

13. 苦情等申立窓口

当事業のサービス等について、ご不明の点や疑問、苦情等がございましたら、当施設窓口までお気軽にご相談ください。また、1階玄関ホールにご意見箱を設置しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善させていただきます。

	電話番号	0139-52-0105
苦情等申し立て窓口	FAX 番号	0139-52-5964
	管理者	齊藤 友江
	生活相談員	武藤 真理子、小田 美保子
	対応時間	午前8時30分～午後5時30分

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

江差町 高齢あんしん課 介護保険係	所在地	檜山郡江差町字中歌町193番地1
	電話番号	0139-52-6726
	FAX 番号	0139-52-5666
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分
厚沢部町 保健福祉課 介護保険係	所在地	檜山郡厚沢部町新町181-6
	電話番号	0139-64-3319
	FAX 番号	0139-67-2845
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分
乙部町 町民課 介護保険係	所在地	爾志郡乙部町字緑町388
	電話番号	0139-62-2311
	FAX 番号	0139-62-2939
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分
上ノ国町 保健福祉課 介護・自立支援 グループ	所在地	檜山郡上ノ国町字大留96番地
	電話番号	0139-55-4460
	FAX 番号	0139-55-2760
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分
北海道保健福祉部 福祉局施設運営 指導課事業指導 グループ	所在地	札幌市中央区北3条西6丁目
	電話番号	011-231-4111 内線 25-218
	FAX 番号	011-232-1097
	対応時間	午前8時45分～午後5時30分
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
	FAX 番号	011-233-2178
	対応時間	午前9時～午後5時15分

1 4. 協力医療機関

医療機関の名称	道立江差病院
院長名	伊藤 靖
所在地	檜山郡江差町字伏木戸町484番地
電話番号	0139-52-0036
診療科	消化器科、循環器科、整形外科、外科、小児科、泌尿器科 産婦人科、透析、リハビリテーション科
入院設備	146床

医療機関の名称	函館新都市病院
院長名	原口 浩一
所在地	函館市石川町331番地1
電話番号	0138-46-1321
診療科	脳神経外科、内科、循環器科、整形外科、麻酔科 神経内科、小児科、歯科、皮膚科
入院設備	155床

医療機関の名称	江差脳神経外科クリニック
院長名	坂本 靖男
所在地	檜山郡江差町字伏木戸町550-1
電話番号	0139-52-5500
診療科	脳神経外科
入院設備	なし

1 5. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	年2回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯
* 消防法適合施設	防火扉・シャッター、自動通報装置、漏電火災報知器、避難救助袋、非常用照明、カーテンは、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	変更時随時提出 防火管理者 伊藤 武

16. 当事業所ご利用の際にご留意いただく事項

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は原則禁止です。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教・政治活動	施設内での他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

17. 緊急時の対応

(1) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

<かかりつけ医>

病院名

郵便番号 〒 —

住 所

電話番号 ()

(2) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

<連絡先>

氏 名

続 柄

郵便番号 〒 —

住 所

電話番号 ()

通所介護利用に係る基本サービス費及び加算

令和 6 年 4 月 1 日報酬改定時点

当通所介護をご利用頂くにあたり、下記の基本サービス費及び加算に基づき利用料のご負担をして頂きますのであらかじめご了承下さい。また一部加算料金につきましては、該当となる場合にのみ加算となります。なおご不明な点がございましたら、支援相談員へご確認下さい。

1. 基本サービス費

厚生労働省により定められた事業規模ごとの基本サービス費により利用料を頂いております。当事業所の事業規模の区分は「通常規模型通所介護」となります。

(10割額表示)

所要時間	要介護状態区分	基本サービス費
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	3, 7 0 0 円／日
	要介護 2	4, 2 3 0 円／日
	要介護 3	4, 7 9 0 円／日
	要介護 4	5, 3 3 0 円／日
	要介護 5	5, 8 8 0 円／日
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	3, 8 8 0 円／日
	要介護 2	4, 4 4 0 円／日
	要介護 3	5, 0 2 0 円／日
	要介護 4	5, 6 0 0 円／日
	要介護 5	6, 1 7 0 円／日
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	5, 7 0 0 円／日
	要介護 2	6, 7 3 0 円／日
	要介護 3	7, 7 7 0 円／日
	要介護 4	8, 8 0 0 円／日
	要介護 5	9, 8 4 0 円／日
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	5, 8 4 0 円／日
	要介護 2	6, 8 9 0 円／日
	要介護 3	7, 9 6 0 円／日
	要介護 4	9, 0 1 0 円／日
	要介護 5	1 0, 0 8 0 円／日

所要時間	要介護状態区分	基本サービス費
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	6, 5 8 0 円／日
	要介護 2	7, 7 7 0 円／日
	要介護 3	9, 0 0 0 円／日
	要介護 4	1 0, 2 3 0 円／日
	要介護 5	1 1, 4 8 0 円／日

2. 加算料金

各加算の条件を満たした場合にご負担して頂きます。

(10割額表示)

加 算 名 称		料 金
感染症災害 3 %加算	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 3. 0 %	
延長加算 1	9 時間以上 1 0 時間未満の場合	5 0 0 円／回
延長加算 2	1 0 時間以上 1 1 時間未満の場合	1, 0 0 0 円／回
延長加算 3	1 1 時間以上 1 2 時間未満の場合	1, 5 0 0 円／回
延長加算 4	1 2 時間以上 1 3 時間未満の場合	2, 0 0 0 円／回
延長加算 5	1 3 時間以上 1 4 時間未満の場合	2, 5 0 0 円／回
入浴介助加算 (Ⅰ)		4 0 0 円／回
入浴介助加算 (Ⅱ)		5 5 0 円／回
中重度者ケア体制加算		4 5 0 円／日
生活機能向上連携加算 (Ⅰ)		1, 0 0 0 円／月 (原則 3 月に 1 回を限度)
生活機能向上連携加算 (Ⅱ 1)		2 0 0 円／月
生活機能向上連携加算 (Ⅱ 2)		1 0 0 円／月 (個別機能訓練加算算定の場合)
個別機能訓練加算 (Ⅰ 1)		5 6 0 円／回
個別機能訓練加算 (Ⅰ 2)		7 6 0 円／回
個別機能訓練加算 (Ⅱ)		2 0 0 円／回
ADL 維持等加算 (Ⅰ)		3 0 0 円／月
ADL 維持等加算 (Ⅱ)		6 0 0 円／月
ADL 維持等加算 (Ⅲ)		3 0 円／月
認知症加算		6 0 0 円／月
若年性認知症受入加算		6 0 0 円／月
栄養アセスメント加算		5 0 0 円／月

加 算 名 称		料 金
栄養改善加算		2, 0 0 0 円／回 (月 2 回限度)
口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)		2 0 0 円／回 (6 月に 1 回を限度)
口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)		5 0 円／回 (6 月に 1 回を限度)
口腔機能向上加算 (Ⅰ)		1, 5 0 0 円／回 (月 2 回限度)
口腔機能向上加算 (Ⅱ)		1, 6 0 0 円／回 (月 2 回限度)
科学的介護推進体制加算		4 0 0 円／月
送迎減算 (片道)		- 4 7 0 円／回
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)		2 2 0 円／日
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)		1 8 0 円／日
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)		6 0 円／日
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 5. 9 %	
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 4. 3 %	
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 2. 3 %	
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 1. 2 %	
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅱ)	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 1. 0 %	
介護職員等ベースアップ等支援加算	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 1. 1 %	

【説明確認欄】

令和 年 月 日

通所介護利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業所	所在地	檜山郡江差町字柳崎町 8 6 - 2
	事業所名	社会福祉法人雄心会 デイサービスセンターひのき
	説明者	
	職 種	生活相談員

通所介護利用契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。
※令和３年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字又はゴム印）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

身元引受人

住所
氏名
続柄

食事費・日用品費（日常生活品） とその他個人利用に係わる同意書

通所介護を利用するにあたり、下記の事項について、担当者による説明を受けました。希望しました食事・日用品、その他個人利用分は、施設の定める料金でお支払いいたします。

※令和3年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字又はゴム印）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

令和 年 月 日

デイサービスセンターひのき

管理者 齊藤 友江 様

<利用者>

氏 名

印

<身元引受人>

氏 名

印

記

ご希望により利用頂く場合は、必要な品目の選択欄に○印をご記入願います。

1 食費

選択欄	品 目	単 価
	昼食	5 0 4 円
	夕食	4 8 4 円

個人情報使用同意書（通所介護）

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

※令和3年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字又はゴム印）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

記

1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2 使用する事業者の範囲

サービス区分	所在地	事業者名
通所介護	檜山郡江差町字柳崎町 86-2	社会福祉法人 雄心会 デイサービスセンターひのき

3 使用する期間

令和 年 月 日 から 1年間

但し、期間満了日の14日前までに文書による同意終了の申し出がない場合には、本同意書は同一条件で更新されたものとし、以後も同様とします。

4 条 件

- （1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- （2）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

社会福祉法人雄心会 デイサービスセンターひのき

管理者 齊藤 友江 様

（利用者）

住 所

氏 名

印

（家族等）

住 所

氏 名

印

重要事項説明書（第1号通所事業「通所介護相当サービス」）

第1号通所事業「通所介護相当サービス」におけるサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

4. 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 雄心会
主たる事務所の所在地	北斗市清水川4番地1
代表者の氏名	理事長 伊藤 正明
電話番号	0138 (77) 1700

5. ご利用施設

施設の名称	社会福祉法人雄心会 デイサービスセンターひのき
施設の所在地	檜山郡江差町字柳崎町86-2
都道府県知事許可番号	0171600547
管理者の氏名	齊藤 友江
電話番号	0139-52-0105

6. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定			利用定員
	指定年月日	指定番号		
特定施設入居者生活介護 (介護予防含む)	令和 元年12月 1日	0171600547		70人
短期入所生活介護 (介護予防含む)	令和 元年12月 1日	0171600547		10人

7. 施設の目的と運営の方針

〔目的〕 社会福祉法人雄心会が開設するデイサービスセンターひのきの適正な運営を行うために、人員及び管理・運営に関する事項を定め、事業所の職員が、要支援状態にある利用者に対し、適正な通所介護の各種サービスを提供することを目的とします。

〔方針〕 通所介護職員は、要支援者等の心身の特性及びそのおかれている環境等を踏まえて、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、必要なりハビリテーション等を行うことにより、利用者の心身の機能の維持・回復を図るものとします。

事業の実施にあたっては、関係市区町村、地域包括支援センター、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

8. 利用定員

定 員 20 名（通所介護の定員含む）

9. 通常の実施地域

実施地域 江差町、厚沢部町、乙部町、上ノ国

10. 営業日及び営業時間

営 業 日 月～金

営業時間 通常は午前10時00分から午後3時00分まで
利用者の状況により通常時間外の利用も可能（有料）

休 日 土・日曜日、年末年始（12月30日～1月3日）

11. キャンセル

利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかにご連絡ください。

12. 職員体制（通所介護職員と兼務）

職員の職種	人 員
管理者	1名（兼務）
生活相談員	2名（兼務2名）
看護職員	1名（兼務1名）
介護職員	2名以上（専従又は兼務）
機能訓練指導員	1名以上（専従又は兼務）

10. サービスの利用料

(1) 介護保険給付によるサービス

介護保険給付のサービスに係る費用とは、基本サービス費及び加算とがあり、これらの費用については、厚生労働省より告示される介護報酬に従い、通常その額の1割額をお支払いいただきます（年間所得によっては2割負担の場合があります）。詳細については、別紙をご参照下さい。

(2) 介護保険給付外サービス

1) 食費

施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

昼食	504円
夕食	454円

2) 教養娯楽費

教養娯楽活動で使用する、習字、七宝焼、粘土等の材料等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

材料費等の実費徴収

3) おむつ代

利用者の身体の状態により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

テープ式おむつ1枚	100円
パンツ式1枚	80円
尿とりパット1枚	30円

4) 基本時間外施設利用料／1時間 1,000円

利用者の家族等の都合で、通所介護事業終了後も利用者が長時間施設に滞する場合にお支払いいただきます。

(消費税込みの金額となっております)

(3) サービスの中止、変更、追加

1) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出してください。

2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、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。但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申出がなかった場合	504円（昼食代）

- 3) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

(4) お支払い方法

- 1) 月末締め of 清算とし、毎月 12 日ごろまでに、前月分の請求書を発行いたします。お支払いの方法は原則として、ご利用者の口座より、毎月 27 日に口座自動振替をさせていただきます。それ以外の方法は別途話し合いのうえ、双方合意した方法により行います。
- 2) 領収書につきましては、口座自動振替をさせて頂いた日付にて、領収書に領収印（領収日入り）を押印して翌月に、当月発行の請求書と一緒にお渡しいたします。口座自動振替以外の方法でお支払い頂いた場合には、その場で領収書を発行いたします。

1 1. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、動意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 2. 虐待の防止について

事業者は、利用等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 2) 虐待防止に関する担当者を選定します。

■ 虐待防止に関する担当者	齊 藤 友 江（管理者）
---------------	--------------

- 2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的 to 開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- 3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- 4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

13. 苦情等申立窓口

当施設のサービス等について、ご不明の点や疑問、苦情等がございましたら、当施設1階家族相談室までお気軽にご相談ください。また、1階玄関ホールにご意見箱を設置しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善させていただきます。

苦情等申し立て窓口	電話番号	0139-52-0105
	FAX 番号	0139-52-5964
	管理者	齊藤 友江
	生活相談員	武藤 真理子、小田 美保子
	対応時間	午前8時30分～午後5時30分

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

江差町 高齢あんしん課 介護保険係	所在地	檜山郡江差町字中歌町193番地1
	電話番号	0139-52-6726
	FAX 番号	0139-52-5666
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分
厚沢部町 保健福祉課 介護保険係	所在地	檜山郡厚沢部町新町181-6
	電話番号	0139-64-3319
	FAX 番号	0139-67-2845
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分
乙部町 町民課 介護保険係	所在地	爾志郡乙部町字緑町388
	電話番号	0139-62-2311
	FAX 番号	0139-62-2939
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分
上ノ国町 保健福祉課 介護・自立支援 グループ	所在地	檜山郡上ノ国町字大留96番地
	電話番号	0139-55-4460
	FAX 番号	0139-55-2760
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分
北海道保健福祉部 福祉局施設運営 指導課事業指導 グループ	所在地	札幌市中央区北3条西6丁目
	電話番号	011-231-4111 内線 25-218
	FAX 番号	011-232-1097
	対応時間	午前8時45分～午後5時30分
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
	FAX 番号	011-233-2178
	対応時間	午前9時～午後5時15分

14. 協力医療機関

医療機関の名称	道立江差病院
院長名	伊藤 靖
所在地	檜山郡江差町字伏木戸町484番地
電話番号	0139-52-0036
診療科	消化器科、循環器科、整形外科、外科、小児科、泌尿器科 産婦人科、透析、リハビリテーション科
入院設備	146床

医療機関の名称	函館新都市病院
院長名	原口 浩一
所在地	函館市石川町331番地1
電話番号	0138-46-1321
診療科	脳神経外科、内科、循環器科、整形外科、麻酔科 神経内科、小児科、歯科、皮膚科
入院設備	155床

医療機関の名称	江差脳神経外科クリニック
院長名	坂本 靖男
所在地	檜山郡江差町字伏木戸町550-1
電話番号	0139-52-5500
診療科	脳神経外科
入院設備	なし

15. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	年2回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯
*消防法適合施設	防火扉・シャッター、自動通報装置、漏電火災報知器、避難救助袋、非常用照明、カーテンは、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	変更時随時提出 防火管理者 伊藤 武

16. 当事業所ご利用の際にご留意いただく事項

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は原則禁止です。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

15. 緊急時の対応

(3) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

＜かかりつけ医＞

病院名

郵便番号 〒 —

住 所

電話番号 ()

(4) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

＜連絡先＞

氏 名

続 柄

郵便番号 〒 —

住 所

電話番号 ()

介護予防・日常生活支援総合事業利用に係る基本サービス費及び加算

令和 6 年 4 月 1 日報酬改定時点

当通所事業をご利用頂くにあたり、下記の基本サービス費及び加算に基づき利用のご負担頂きますのであらかじめご了承下さい。また一部加算料金につきましては、該当となる場合にのみ加算となります。なおご不明な点がございましたら、生活相談員へご確認下さい。

1. 基本サービス費

当施設をご利用された場合、その方の要支援状態区分によって基本サービス費をご負担して頂きます。また利用契約第2条第2項により、要支援状態に変更が生じた場合には、変更後の要支援状態区分に従い基本サービス費をご負担して頂きます。

(10割額表示)

要支援状態区分	基本サービス費
事業対象者・要支援1	17,980円/月
要支援2	36,210円/月

2. 加算料金

各加算の条件を満たした場合にご負担して頂きます。

(10割額表示)

加算名称	料 金
生活機能向上グループ活動加算	1,000円/月
若年性認知症利用者受入加算	2,400円/月
栄養アセスメント加算	500円/月
栄養改善加算	2,000円/月
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1,500円/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,600円/月
一体的サービス提供加算	4,800円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(事業対象者・要支援1) 880円/月
	(要支援2) 1,760円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(事業対象者・要支援1) 720円/月
	(要支援2) 1,440円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(事業対象者・要支援1) 240円/月
	(要支援2) 480円/月
生活機能向上連携加算(Ⅰ) (3月に1回を限度として)	1,000円/月

加 算 名 称		料 金
生活機能向上連携加算（Ⅱ）		2, 0 0 0円／月
科学的介護推進体制加算		4 0 0円／月
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の5. 9 %	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の4. 3 %	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の2. 3 %	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の1. 2 %	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の1. 0 %	
介護職員ベースアップ等支援等加算	基本サービス費＋加算の負担額の合計の1. 1 %	

【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護予防・日常支援総合事業第1号通所事業利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

※令和3年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字又はゴム印）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

事業所	所在地	檜山郡江差町字柳崎町86-2	
	事業所名	社会福祉法人雄心会	
		デイサービスセンターひのき	
	説明者		印
	職 種	生活相談員	

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業利用契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

利 用 者	住 所	
	氏 名	印

身元引受人	住 所	
	氏 名	印
	続 柄	

食事費・日用品費（日常生活品） とその他個人利用に係わる同意書

介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号通所事業を利用するにあたり、下記の事項について、担当者による説明を受けました。希望しました食事・日用品、その他個人利用分は、施設の定める料金でお支払いいたします。

※令和 3 年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字又はゴム印）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

令和 年 月 日

デイサービスセンターひのき
管理者 齊藤 友江 様

<利用者>

氏 名

印

<身元引受人>

氏 名

印

記

ご希望により利用頂く場合は、必要な品目の選択欄に○印をご記入願います。

1 食費

選択欄	品 目	単 価
	昼食	5 0 4 円
	夕食	4 5 4 円

個人情報使用同意書（介護予防・日常生活総合事業）

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

※令和3年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字又はゴム印）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

記

1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2 使用する事業者の範囲

サービス区分	所在地	事業者名
通所型独自サービス	檜山郡江差町字柳崎町 86-2	デイサービスセンター ひのき

3 使用する期間

令和 年 月 日 から 1年間

但し、期間満了日の14日前までに文書による同意終了の申し出がない場合には、本同意書は同一条件で更新されたものとし、以後も同様とします。

4 条 件

（3） 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

（4） 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

社会福祉法人雄心会 デイサービスセンターひのき

管理者 齊藤 友江 様

(利用者)

住 所

氏 名

印

(家族等)

住 所

氏 名

印