

通所介護重要事項説明書

(2024年4月1日現在)

1. デイサービスセンターてしろののわについて

(1) 概略

事業所名称	デイサービスセンターてしろののわ
所在地	〒340-0021 埼玉県草加市手代2-12-11
電話番号	048-927-6500
介護保険指定番号	1171801234
利用定員(1日につき)	12名
通常の事業の実施地域	草加市
サービス提供時間	9時00分～16時30分

(2) 職員体制

職種	常勤	非常勤	計	業務内容	
管理者(兼務)	1	0	1	事業所の管理及び業務の管理を一元的に行います。	
看護・介護職員	看護職員	1	0	2	利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導、事業提供にあたり必要な看護上の援助を行います。
	介護福祉士	2	0	2	事業遂行に必要な介助及び援助並びに利用者の日常生活動作の維持回復のための必要なリハビリテーションを提供し、利用者のために適宜レクリエーション行事を開催します。
	上記以外の有資格者	0	1	1	
	その他(兼務)	0	1	1	
生活相談員	1	0	1	居宅サービス計画に従い、通所介護サービス計画を作成し、介護並びに利用者の日常生活動作の維持回復のために必要なリハビリテーション及び利用者のために適宜レクリエーション行事等を開催実行すると同時に利用者及び家族等からの相談への対応、関係諸機関との連絡調整を行います。	
機能訓練指導員	2	1	3	利用者の運動機能評価を行い、その機能を回復維持するためのリハビリテーションを提供します。	
事務員(兼務)	2	0	2	必要な事務を行います。	

(3) 設備の概要(定員35名)

食堂	1カ所	機能訓練室	1カ所
浴室(併設施設)	一般浴室 1カ所	相談室	1カ所
		事務室	1カ所
送迎車	2台	静養室	1カ所

(4) 営業時間

月～土(祝祭日を含む)	8時00分～17時00分
休業日	日曜日および12/31～1/3

(5) 法人の概要

名称・法人種別	医療法人 眞幸会	
代表者役職・氏名	理事長 松本 眞彦	
本部所在地・電話番号	〒340-0013 埼玉県草加市松江二丁目3番26号	
	048-935-4838	
施設・拠点等	介護老人保健施設	1カ所
	短期入所療養介護	1カ所
	介護予防・短期入所療養介護	1カ所
	通所リハビリテーション	1カ所
	介護予防・通所リハビリテーション	1カ所
	通所介護	2カ所
	介護予防・通所介護	2カ所
	訪問リハビリテーション	1カ所
	介護予防・訪問リハビリテーション	1カ所
	居宅介護支援センター	2カ所
	地域包括支援センター	1カ所
	認知症対応型共同生活介護	1カ所
	介護予防・認知症対応型共同生活介護	1カ所
	認知症対応型通所介護	1カ所
介護予防・認知症対応型通所介護	1カ所	

2 サービス内容

①送迎

居宅及び事業所間の送迎を実施致します。

②食事

管理栄養士の作成したメニューを提供します。
必要な場合、メニューを変更し個人に対応した栄養管理を致します。

③入浴

ご利用者の状態に合わせた入浴方法でご入浴して頂きます。

④機能訓練

機能訓練指導員等による訓練を実施致します。

⑤生活相談

日常生活に関する悩みや、介護サービス等に関するご相談に応じます。

4 利用料金：地域区分別1単位の単価（5級地） = 10.55 円

(1) 基本料：介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金の負担割合に応じた自己負担金です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

① 1割：基本サービス費（通所介護利用料）※通常規模型（所要時間=7時間以上8時間未満）

介護区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	861	961	994	1102	1210	1319	1427
基本料金	9,083円	10,138円	10,486円	11,626円	12,765円	13,915円	15,054円
(保険負担)	8,174円	9,124円	9,437円	10,463円	11,488円	12,523円	13,548円
自己負担金	909円	1,014円	1,049円	1,163円	1,277円	1,392円	1,506円

2割：基本サービス費（通所介護利用料）※通常規模型（所要時間=7時間以上8時間未満）

介護区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	861	961	994	1102	1210	1319	1427
基本料金	9,083円	10,138円	10,486円	11,626円	12,765円	13,915円	15,054円
(保険負担)	7,266円	8,110円	8,388円	9,300円	10,212円	11,132円	12,043円
自己負担金	1,817円	2,028円	2,098円	2,326円	2,553円	2,783円	3,011円

3割：基本サービス費（通所介護利用料）※通常規模型（所要時間=7時間以上8時間未満）

介護区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	861	961	994	1102	1210	1319	1427
基本料金	9,083円	10,138円	10,486円	11,626円	12,765円	13,915円	15,054円
(保険負担)	6,358円	7,096円	7,340円	8,138円	8,935円	9,740円	10,537円
自己負担金	2,725円	3,042円	3,146円	3,488円	3,830円	4,175円	4,517円

② 入浴介助加算（Ⅰ）（ 40 単位／日）

※入浴介助に関する研修棟を受けた職員が対応致します。

1日につき	422円	1割：（自己負担金	43円	）
		2割：（自己負担金	85円	）
		3割：（自己負担金	127円	）

③ 送迎減算（▲ 47 単位／片道）

利用者が自ら事業所に通う場合（家族等が送迎を実施する場合）

▲ 495円	1割：（自己負担金	▲ 50円	）
	2割：（自己負担金	▲ 99円	）
	3割：（自己負担金	▲ 149円	）

④ 個別機能訓練加算

・個別機能訓練加算Ⅰ（ 27 単位／日）

利用者毎に個別訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行った場合は加算料金を頂戴いたします。

個別機能訓練加算Ⅰ：1日につき	285円	1割：（自己負担金	29円	）
		2割：（自己負担金	58円	）
		3割：（自己負担金	86円	）

・個別機能訓練加算Ⅱ（ 20 単位／月）

個別機能訓練加算（Ⅰ）を実施している利用者について個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合

個別機能訓練加算Ⅱ：1月につき	211円	1割：（自己負担金	22円	）
		2割：（自己負担金	43円	）
		3割：（自己負担金	64円	）

⑤ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）（ 6 単位／日）

通所介護サービスを直接提供する介護職員の総数のうち、同一法人において勤続10年以上の介護職員占める割合が25%以上配置されているため加算料金を頂戴致します。

1日につき	63円	1割：（自己負担金	7円	）
		2割：（自己負担金	13円	）
		3割：（自己負担金	19円	）

- ⑥ 高齢者虐待防止処置未実施減算（所定単位数の 1.0 %を減算）
 虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられない場合
- ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）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こと。
 - ・ 虐待の防止のための指針を整備すること。
 - ・ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
 - ・ 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
- ⑦ 業務継続計画未策定事業所に対する減算（所定単位数の 1.0 %を減算）
- ・ 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、基本報酬を減算する。
- ⑧ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）
 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とした所定単位数に 5.9 %を乗じた単位数を算定させて頂き加算料金を頂戴致します。
- ⑨ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）
 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とした所定単位数に 1.2 %を乗じた単位数を算定させて頂き加算料金を頂戴いたします。
- ⑩ 科学的介護推進体制加算（ 40 単位/月）
 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況に係る基本的な状況を厚生労働省に提出していること必要に応じてサービス計画など見直すなど、サービスの提供にあたって、上記の情報その他、サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

1ヵ月に1回	422円	1割：（自己負担金 43円）
		2割：（自己負担金 85円）
		3割：（自己負担金 127円）

- ⑪ 介護職員等ベースアップ等支援加算
 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とした所定単位数に 1.1 %を乗じた単位数を算定させて頂き加算料金を頂戴いたします。

- ※ 介護職員等処遇改善加算への一本化（ 9.2 %/月）
 令和6年6月1日より、⑧介護職員処遇改善加算・⑨介護職員等特定処遇改善加算・⑪介護職員等ベースアップ等支援加算が「介護職員等処遇改善加算」に一本化されます。このため、令和6年6月1日より、「介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）」として、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とした所定単位数に 9.2 %を乗じた単位数を算定させて頂き加算料金を頂戴いたします。

- (2) 食費（おやつ代含む）：1日あたり 840円
 ※ 利用者の希望（選定）による特別な食事等を提供した場合には実費相当分の超過料金を頂戴致します。

- (3) その他
- ・ おむつ代（全額実費）
 利用者の身体の状況によりおむつの使用が必要で、事業所で用意する物をご使用された場合にお支払い頂きます。

種類	紙おむつ	尿取りパット	紙パンツ
金額	189円	42円	262円

- ・ 行事費（全額実費）
 外出やお誕生会、納涼会など任意参加の行事で通常とは別に費用がかかる場合、実費をお支払い頂きます。

- ・ 通常範囲外の送迎費／片道につき
(通常の事業の実施地域以外の場合、通常の事業の実施地域からの直線距離)

送迎代 (片道につき)				
	1 ^{キロ} 以上2 ^{キロ} 未満	2 ^{キロ} 以上5 ^{キロ} 未満	5 ^{キロ} 以上10 ^{キロ} 未満	10 ^{キロ} 以上
一般送迎	110円	220円	440円	880円

- ・ 通常の時間を超え事業を受けるとき／1時間につき 2,200円 (全額実費)

(4) 支払方法

毎月中旬までに前月分の御請求をさせていただきますので、当月中にお支払下さい。お支払頂きますと、領収書を発行致します。

お支払方法は、口座振替となっております。手続きが間に合わない場合は銀行振込、現金窓口支払 (日曜を除く平日・土曜・祝祭日の9:00~17:30) でお支払い下さい。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当事業所職員がお伺い致します。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始致します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービス利用契約の終了

①お客様のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知致します。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了致します。

- ・ ご利用者様が介護保険施設に入所した場合。
- ・ ご利用者様の要介護状態区分が、自立 (非該当) と認定された場合。
- ・ ご利用者様がお亡くなりになった場合。

④その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様やご家族様などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当社が破産した場合。
- ・ ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、1週間以内に支払われない場合。
- ・ ご利用者様が、入院又は病気等により3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。
- ・ ご利用者様やご家族様などが当事業所や従業者等に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。

6 当事業所のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ① 事業所では、通所介護計画に基づいて、必要な機能訓練を行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努めます。
- ② 事業所では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- ③ 事業所では、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- ④ 事業所では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- ⑤ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- ⑥ 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイダンスに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることと致します。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
男性従業員	有	
延長時間の可否	有	ご希望の方はご相談下さい。
従業員への研修の実施	有	年12回、内部研修を開催しています。 適宜、外部研修に出席・参加しています。
サービスマニュアルの作成	有	各サービスに関して業務マニュアルを作成しています。
各種委員会	有	給食委員会、褥瘡対策委員会、苦情対応委員会、災害対策委員会

(3) 事業所利用にあたっての留意事項

- ・ 事業所利用中の長事は、特段の事情がない限り施設の提供する長事を採取して頂き、長賃は利用料として規定されるものですが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、食事内容を管理・決定できる権限を委任して頂きます。
- ・ サービス利用の際には、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証、居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示して下さい。
- ・ 事業所内の設備や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、弁償して頂く場合があります。
- ・ 事業所内での喫煙等、他の利用者の迷惑になる、又はなりうる行為はお断りいたします。
- ・ 所持金品は、自己の責任で管理して下さい。
- ・ 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
- ・ 災害時・悪天候時等において、当事業所が利用者の安全を考慮し混乱や危険を避けるためにやむを得ないと判断した場合は、営業時間短縮の措置を取ることがあります。
- ・ 万が一、離苑事故が発生した場合は、警察へ連絡し防災無線を利用しますので予めご了承下さい。

7 非常災害対策

- ・ 災害時の対応：被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当たります。
- ・ 災害設備：防火壁、消火器等、消防法に定められた諸整備が備えられています。
- ・ 防災訓練：年2回の訓練を実施しております。
- ・ 防火責任者：選任しており、定期的に諸設備の点検、職員への教育・訓練をしております。

8 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

皆様の忌憚のないご意見を参考とさせて頂きたく、1階事務所窓口に“ご意見箱”を設置しておりますので遠慮なくご投函下さい。「高齢者福祉サービスの第三者評価事業」については実施しておりません。

9 サービス内容に関する相談・苦情

①当事業所ご利用者相談・苦情担当

1階事務所が苦情相談窓口となっております。／TEL 048-927-6500 FAX 048-927-5582

②その他

当事業所以外に、下記にても相談・苦情を受け付けております。

- ・埼玉県国民健康保険団体連合会苦情対応係 / TEL 048-824-2568 FAX 048-824-2561
- ・草加市役所 健康推進部 地域介護課 / TEL 048-922-0151(代) FAX 048-927-4983

10 事故発生時の対応方法

事故が発生した場合には、応急処置および緊急受診などの必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

また、必要に応じて保険者及び埼玉県庁若しくは管轄する保健福祉事務所へ速やかに報告いたします。

11 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡致します。

主治医	氏名	
	連絡先	
ご家族様	氏名	(続柄：)
	連絡先	

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

【事業所】

所在地：〒340-0013 埼玉県草加市松江2-3-26

(〒340-0021 埼玉県草加市手代2-12-11)

名称：医療法人 眞幸会 (デイサービスセンターてしろ)

説明者：職種 生活相談員

氏名

私は、契約書及び本書面により、事業所から通所介護についての重要事項の説明を受け、同意しました。

【利用者】

住所

氏名

印

【家族代表または代理人】

住所

氏名

印

(続柄：)

日用品費について（重要事項説明書別紙）

「日用品費」は、一般的にご自宅で使用している身の回り品の提供にかかる費用です。デイサービスで用意した以下の品をご使用される場合にお支払いいただきます。

費用は購入（及び洗濯）又はリースにかかる実費をもとに計算しており、ご持参したものをを使用する場合、費用はかかりません。

- | | |
|---|-------|
| ①入浴に使用する洗体タオル・フェイスタオル・足拭きタオルなどタオル類、石鹸・シャンプー | (50円) |
| ②おしぼり（2本）、消毒液 | (50円) |

私は上記説明を受け、 ①入浴セット ②おしぼりセット

（○印をお願いします）

の提供と費用支払いに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____

代理人 _____

説明者

〒340-0021 埼玉県草加市手代2-12-11

医療法人 眞幸会 デイサービスセンターてしろ

氏 名 _____