

通所介護重要事項説明書

令和6年4月1日現在

1 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 048-797-4348 (8:30~17:30)

※ 上記時間外についてもケアハウスにて24時間対応可能

担当 羽鳥 裕美 都築 和也 柳澤とも子

※ ご不明な点がございましたら、ご相談下さい。

2 デイサービスセンター しらさぎの概要

(1) 提供できるサービスの種類

- ・通所介護サービス

(2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	デイサービスセンター しらさぎ
所在地	埼玉県さいたま市岩槻区真福寺1465
介護保険指定番号	1170700338
サービスを提供する主たる対象地域	さいたま市(岩槻区・見沼区・緑区) ・春日部市・越谷市

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(3) 従業者の種類、員数及び職務内容

	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	1名	名	1名	サービス管理全般
生活相談員	2名	名	2名	生活上の相談等
機能訓練指導員	2名	名	2名	リハビリテーション・機能回復訓練等
看護職員	1名	2名	3名	医療、健康管理業務等
介護職員	2名	12名	14名	日常介護業務等
事務職員	1名	名	1名	一般事務・料金請求等

主な従業員の勤務体制

職種	勤務体制
管理者	8:30~17:30
生活相談員	8:30~17:30
機能訓練指導員	8:30~17:30

看護職員	8：30～17：30・9：00～16：35
介護職員	8：30～17：30
事務職員	8：30～17：30

(4) 設備の概要

定員	60名	静養室	1室
食堂・機能訓練室	各1室	相談室	1室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽 があります。	送迎車	6台

(5) サービス時間

9：30～16：30
9：30～14：30
13：30～16：30

営業日 毎週月曜日～土曜日（年末年始休業）

営業時間 8：30～17：30

3 事業の目的と方針

(1) 目的

指定通所介護事業の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が要介護状態にある高齢者に対し、適正な事業を提供することを目的とする。

(2) 方針

- ① 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- ② 利用者は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、機能訓練及び必要な日常生活の世 を行うことにより、利用者の社会的孤立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。
- ③ 地域との結びつきを重視し、市町村及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

4 サービス内容

通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護を行います。

5 料金

(1) 料金（負担割合 1 割の表記となります。）

①通所介護費 (円)

区分	通常規模型通所介護(1割負担)		
時間	3～4 時間	5～6 時間	7～8 時間
要介護 1	396	609	703
要介護 2	452	719	830
要介護 3	512	830	962
要介護 4	570	940	1093
要介護 5	628	1051	1227

区分	通常規模型通所介護(2割負担)		
時間	3～4 時間	5～6 時間	7～8 時間
要介護 1	792	1218	1406
要介護 2	904	1438	1660
要介護 3	1024	1660	1924
要介護 4	1140	1880	2186
要介護 5	1256	2102	2454

区分	通常規模型通所介護(3割負担)		
時間	3～4 時間	5～6 時間	7～8 時間
要介護 1	1188	1827	2109
要介護 2	1356	2157	2490
要介護 3	1536	2490	2886
要介護 4	1710	2820	3279
要介護 5	1884	3153	3681

②加算

減算・加算事項	算定方法
延長サービス加算 1	1 回につき 54 円加算
延長サービス加算 2	1 回につき 107 円加算

延長サービス加算 3	1 回につき	161 円加算
延長サービス加算 4	1 回につき	214 円加算
延長サービス加算 5	1 回につき	267 円加算
生活相談員配置等加算	1 日につき	14 円加算
入浴介助加算 I	1 日につき	43 円加算
入浴介助加算 II	1 日につき	59 円加算
生活機能向上連携加算 I	1 月につき	107 円
生活機能向上連携加算 II 1	1 月につき	214 円
生活機能向上連携加算 II 2	1 月につき	107 円
個別機能訓練加算 I 1	1 日につき	60 円加算
個別機能訓練加算 I 2	1 日につき	82 円加算
個別機能訓練加算 II	1 月につき	22 円加算
科学的介護推進体制加算	1 月につき	43 円加算
ADL 維持加算 I	1 月につき	32 円加算
ADL 維持加算 II	1 月につき	64 円加算
ADL 維持加算 III	1 月につき	4 円加算
認知症加算	1 日につき	64 円加算
若年性認知症受入加算	1 日につき	64 円加算
栄養アセスメント加算	1 月に付き	54 円加算
栄養改善加算	月 2 回限度	214 円加算
口腔栄養スクリーニング加算 I	1 回につき	22 円加算
口腔栄養スクリーニング加算 II	1 回につき	6 円加算
口腔機能向上加算 I	月 2 回限度	161 円加算
口腔機能向上加算 II	月 2 回限度	171 円加算
サービス提供強化加算 I	1 回につき	24 円加算
サービス提供強化加算 II	1 回につき	20 円加算
サービス提供強化加算 III	1 回につき	7 円加算
中重度者ケア体制加算	1 回につき	48 円加算
同一建物送迎減算	1 回につき	101 円減算
送迎減算	片道につき	51 円減算
感染症等対応加算 (感染症、災害の発生時)	1 回につき	3%加算
介護職員等処遇改善加算 I (令和 6 年 5 月末迄)	1 月につき	所定単位数の 5.9%加算
介護職員等処遇改善加算 I (令和 6 年 6 月～)	1 月につき	所定単位数の 9.2%加算
介護職員等処遇改善加算 II (令和 6 年 5 月末迄)	1 月につき	所定単位数の 4.3%加算
介護職員等処遇改善加算 II (令和 6 年 6 月～)	1 月につき	所定単位数の 9.0%加算
介護職員等処遇改善加算 III (令和 6 年 5 月末迄)	1 月につき	所定単位数の 2.3%加算
介護職員等処遇改善加算 III (令和 6 年 6 月～)	1 月につき	所定単位数の 8.0%加算

介護職員等処遇改善加算Ⅳ (令和6年6月～)	1月につき所定単位数の6.4%加算 (令和6年6月～)
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ (令和6年5月末迄)	所定単位数の1.0%加算
介護職員等ベースアップ等支援加算 (令和6年5月末迄)	所定単位数の1.1%加算

(2) その他の料金

①食事代

昼食+おやつ	一日利用	800円
昼食のみ	午前半日利用	750円
軽食(おにぎり×2、汁物、小鉢)+おやつ	一日利用	300円
軽食のみ(おにぎり×2、汁物、小鉢)	午前半日利用	250円
おやつのみ	午後半日利用	100円

②おむつ代

リハビリパンツ	130円
パット	30円

③その他日常生活上の便宜に係る費用

流しそうめん	100円
炭火焼き	250円
卓上鍋	100円
餅つき会	100円
外出・外食レクリエーション	実費
フラワーアレンジメント	1,500円
陶芸教室	600円
料理教室	300円
理美容	1,600円

④キャンセル料金

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① 利用日の前日 17時までにご連絡いただいた場合	無料
② 利用日の前日 17時以降にご連絡いただいた場合とご連絡いただけない場合	500円

⑤実施地域以外の送迎費

通常の事業の実施地域を超えて行う送迎に要した費用は通常の実施地域を越えた地点から1kmについて100円

(3) 支払方法

当月分の請求を翌月20日までにいたしますので、翌月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、原則郵便局からの自動引き落としとなっております

(4) 料金の変更等

- ① 介護保険関係法令の改正などにより料金に変更になる場合は、事前にご説明します。介護報酬の対象となる料金の変更につきましては、その都度お知らせ致します。
- ② 要介護度が変わった場合には、その要介護度に応じた料金となります。
 - ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

6 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ください。当施設職員がお伺いいたします。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、事前にその介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

①利用者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週間前までに文書等でお申し出ください。

②当施設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いただく場合がございます。その場合は、終了30日前までに文書等で通知いたします。

③利用者やその家族等が、下記の行為を行った場合

(i) 事業者や職員に対して故意にハラスメントや暴言等の法令違反、または著しく介護サービスを利用する上でのルールを逸脱する行為(別紙)を行ったとき。

(ii) 利用者、またはその家族等が事業者や職員、或いは他の利用者、その他関係者の身体財産、もしくは信用を傷つける恐れがあるとき。

④自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合……………入所日の翌日

- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または、要支援と認定された場合……………非該当又は要支援となった日
- ・利用者がお亡くなりになった場合……………死亡日の翌日

⑤その他

- ・当施設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、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを 15 日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15 日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院または病気等により 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、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業者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は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただくことができます。

7 サービス利用に当たっての留意事項

利用者は次に掲げる事項を遵守するものとする。

- ① 気分が悪くなった場合は速やかに申し出ること
- ② 事業所の施設及び設備は他の迷惑にならないよう利用すること
- ③ その他管理上必要な事項に協力すること

8 非常災害対策

非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

9 緊急時、事故発生時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化、事故等があった場合は緊急連絡先、居宅介護支援事業者等へ連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

10 利用の中止、変更、追加について

- ① 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止を行うことがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応しま

す。

② サービスの変更及び追加でのご利用を希望される場合、生活相談員までご相談ください。

1.1 相談、要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等は、生活相談員か下記窓口までお申し出ください。

☆サービス相談等窓口☆	
1 担当者等；	
・ 苦情解決責任者 <u>小川 優</u>	
・ 苦情受付担当者 <u>羽鳥 裕美</u> <u>都築 和也</u> <u>柳澤とも子</u>	
電話番号 048-797-4348	
(受付時間 8:30 から 17:30)	
・ 第三者委員 <u>利根川 仁</u> 電話番号 048-756-0762	
<u>滝沢 寧和</u> 電話番号 048-522-1854	
2 市町村	
さいたま市にお住まいの方	
・ さいたま市介護保険課	電話番号 048-829-1264
・ さいたま市岩槻区高齢介護課	電話番号 048-790-0169
春日部にお住まいの方	
・ 春日部市介護保険課	電話番号 048-736-1111(代表)
越谷市にお住まいの方	
・ 越谷市介護保険課	電話番号 048-963-9305
3 国民健康保険団体連合会	
・ 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係	電話番号 048-824-2568

1.2 第三者評価の実施状況

実施状況 無

1.3 その他運営に関する重要事項

・ 秘密の保持

- ① 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- ② 従業者であった者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

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

事業者

所在地 埼玉県さいたま市岩槻区真福寺 1465
名称 社会福祉法人 城南会（指定番号等）1170700338
代表者 理事長 大澤 孝至 印

説明者 所属 デイサービスセンターしらさぎ
生活相談員 印

私は、契約書及び本書面により、上記事業者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

身元保証人及び家族代表

<住所> _____

<氏名> _____ 印 関係： _____

署名代理人 (身元保証人及び家族代表と同様であれば記不要)

<氏名> _____ 印 関係： _____