

通所介護重要事項説明書
兼契約書別紙

様

医療法人 聖 仁 会
デイサービスセンターさくらの里

2024.06.01

通所介護重要事項説明書兼契約書別紙

< _____年 ____月 ____日現在>

1. 事業者(法人)の概要

| | |
|------------|-------------------------|
| 事業者(法人)の名称 | 医療法人 聖 仁 会 |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 西 村 直 久 |
| 法人の所在地 | 埼玉県さいたま市桜区上大久保 8 8 4 番地 |
| 電話番号 | 0 4 8 - 8 5 4 - 1 1 1 1 |
| 法人設立日 | 昭和 56 年 7 月 20 日 |

2. サービスを提供する事業所の概要

(1) 事業所の名称等

| | |
|------------|---|
| 事業所名称 | 医療法人聖仁会デイサービスセンターさくらの里 |
| 介護保険指定番号 | 1 1 7 6 5 0 0 0 2 1 |
| 事業所所在地 | 埼玉県さいたま市桜区上大久保 8 3 0 番地 1 西部在宅ケアセンター 2 F |
| サービスの種類 | 通所介護 |
| 電話番号 | 0 4 8 - 8 5 4 - 1 3 9 1 |
| 通常の事業の実施区域 | さいたま市 |
| 利用定員 | 2 5 人 |

(2) 事業所の営業日及び営業時間・サービス提供時間

| | |
|----------|---------------------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日 (12月30日から1月3日を除く) |
| 営業時間 | 月曜日～土曜日 8時30分～17時30分 |
| サービス提供時間 | 月曜日～土曜日 9時～17時 |

3. 事業の目的

要介護状態の利用者の意思及び人格を尊重し利用者の立場に立った、適切な通所介護を提供することを目的とする。

4. 事業の運営の方針

指定通所介護の事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、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生活機能の維持または向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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及び精神的負担の軽減を図るものとする。

(2) 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを尊重し、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、及びその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密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

5. 従業者の職種・員数及び職務内容

| | |
|-----|-------|
| 管理者 | 小林 三幸 |
|-----|-------|

| 職種 | 職務内容 | 員数 |
|---------|---|---------|
| 管理者 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の情報管理 ・従業者のシフトや勤務実績の確認 ・従業者に、法令等の規定を遵守させるための必要な指揮命令を行う ・介護計画作成や利用実績・請求等の確認 ・サービスの提供している時間や内容が適切かの管理 ・各種加算などの必要な業務・書類の管理 | 常勤兼務 1人 |
| 生活相談員 | <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの利用開始や中止に関する業務 ・利用者及び家族に対する相談援助 ・ケアマネジャー、地域、他機関との連絡・調整業務 ・事業所内における連絡・調整業務 ・介護スタッフのサポート ・苦情などの対応・窓口業務 ・デイサービス等の個別援助計画の作成・ケアプラン作成の援助 等 | 1人以上 |
| 看護職員 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の健康管理 ・服薬管理 ・医療的ケア ・入浴時の様子管理 ・家族への健康管理のアドバイス ・応急処置・急変時の対応 ・介護看護記録 等 | 2人以上 |
| 介護職員 | <ul style="list-style-type: none"> ・食事介助 ・排せつ介助 ・入浴介助 ・口腔ケア ・レクリエーションの企画・実行 ・機能訓練の補助 ・利用者の送迎 等 | 5人以上 |
| 機能訓練指導員 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活環境の確認・身体機能の評価 ・機能訓練計画表の作成 ・機能回復訓練の実施 ・評価・計画の見直し 等 | 1人以上 |
| 事務員 | <ul style="list-style-type: none"> ・必要な事務を行います。 | 1人 |

6. 従業員の勤務体制

| 職 種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---------|---------------------|------------|
| 管 理 者 | 勤務時間帯 8:30 から 17:30 | ローテーションによる |
| 生活相談員 | 勤務時間帯 8:30 から 17:30 | ローテーションによる |
| 看 護 職 員 | 勤務時間帯 8:30 から 17:30 | ローテーションによる |
| 介 護 職 員 | 勤務時間帯 8:30 から 17:30 | ローテーションによる |
| 機能訓練指導員 | 勤務時間帯 8:30 から 17:30 | ローテーションによる |

7. 当事業所の設備概要

- ・ 食堂兼訓練室 1室(90.09 m²)
- ・ 相 談 室 1室
- ・ 静 養 室 1室
- ・ 浴 室 1室(一般浴槽・特殊浴槽 各 1)
- ・ 送迎車両 3台

8. 提供するサービスの内容

| サービス区分と種類 | サービスの内容 |
|-----------|--|
| 通所介護計画の作成 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 2. 通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3. 通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画を利用者に交付します。 4. それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 |
| 利用者宅への送迎 | <p>事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。</p> <p>ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。</p> |
| 日常生活上の世話 | <p>食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。</p> <p>また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。</p> |
| | <p>入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴の介助や清拭、洗髪などを行います。</p> |

| | | |
|----------|----------------|---|
| 日常生活上の世話 | 排せつ介助 | 介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換等を行います。 |
| | 更衣介助 | 介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣介助を行います。 |
| | 移動・移乗介助 | 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。 |
| | 服薬介助 | 介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。 |
| 機能訓練 | 日常生活動作を通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、食事、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。 |
| | レクリエーションを通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。 |

9. 提供するサービスの利用料及びその他の費用の額

通所介護（1日）

地域区分 3級地 単価：10.68円

| | 3時間以上4時間未満 | | | | |
|------|------------|--------|-------|--------|--------|
| | 基本単位 | 基準額 | 自己負担額 | | |
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要介護1 | 370単位 | 3,951円 | 396円 | 791円 | 1,186円 |
| 要介護2 | 423単位 | 4,517円 | 452円 | 904円 | 1,356円 |
| 要介護3 | 479単位 | 5,115円 | 512円 | 1,023円 | 1,535円 |
| 要介護4 | 533単位 | 5,692円 | 570円 | 1,139円 | 1,708円 |
| 要介護5 | 588単位 | 6,279円 | 628円 | 1,256円 | 1,884円 |

| | 4時間以上5時間未満 | | | | |
|------|------------|--------|-------|--------|--------|
| | 基本単位 | 基準額 | 自己負担額 | | |
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要介護1 | 388単位 | 4,143円 | 415円 | 829円 | 1,243円 |
| 要介護2 | 444単位 | 4,741円 | 475円 | 949円 | 1,423円 |
| 要介護3 | 502単位 | 5,361円 | 537円 | 1,073円 | 1,609円 |
| 要介護4 | 560単位 | 5,980円 | 598円 | 1,196円 | 1,794円 |
| 要介護5 | 617単位 | 6,589円 | 659円 | 1,318円 | 1,977円 |

| | 5時間以上6時間未満 | | | | |
|------|------------|---------|--------|--------|--------|
| | 基本単位 | 基準額 | 自己負担額 | | |
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要介護1 | 570単位 | 6,087円 | 609円 | 1,218円 | 1,827円 |
| 要介護2 | 673単位 | 7,187円 | 719円 | 1,438円 | 2,157円 |
| 要介護3 | 777単位 | 8,298円 | 830円 | 1,680円 | 2,490円 |
| 要介護4 | 880単位 | 9,398円 | 940円 | 1,880円 | 2,820円 |
| 要介護5 | 984単位 | 10,509円 | 1,051円 | 2,102円 | 3,153円 |

通所介護（1日）

地域区分 3級地 単価：10.68円

| | 6時間以上7時間未満 | | | | |
|------|------------|---------|--------|--------|--------|
| | 基本単位 | 基準額 | 自己負担額 | | |
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要介護1 | 584単位 | 6,237円 | 624円 | 1,248円 | 1,872円 |
| 要介護2 | 689単位 | 7,358円 | 736円 | 1,472円 | 2,208円 |
| 要介護3 | 796単位 | 8,501円 | 851円 | 1,701円 | 2,551円 |
| 要介護4 | 901単位 | 9,622円 | 963円 | 1,925円 | 2,887円 |
| 要介護5 | 1,008単位 | 10,765円 | 1,077円 | 2,153円 | 3,230円 |

| | 7時間以上8時間未満 | | | | |
|------|------------|---------|--------|--------|--------|
| | 基本単位 | 基準額 | 自己負担額 | | |
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要介護1 | 658単位 | 7,027円 | 703円 | 1,406円 | 2,109円 |
| 要介護2 | 777単位 | 8,298円 | 830円 | 1,660円 | 2,490円 |
| 要介護3 | 900単位 | 9,612円 | 962円 | 1,923円 | 2,884円 |
| 要介護4 | 1,023単位 | 10,925円 | 1,093円 | 2,185円 | 3,278円 |
| 要介護5 | 1,148単位 | 12,260円 | 1,226円 | 2,452円 | 3,678円 |

(加算料金) (1日)

地域区分 3級地 単価：10.68円

| 加算項目 | 基本単位 | | 自己負担額 | | |
|-----------------|-------|--------|-------|------|------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 個別機能訓練加算(I)イ | 56単位 | 598円 | 60円 | 120円 | 180円 |
| 入浴介助加算 | 40単位 | 427円 | 43円 | 86円 | 129円 |
| 口腔機能向上加算(1月に2回) | 150単位 | 1,602円 | 161円 | 321円 | 481円 |
| サービス提供体制加算(I) | 22単位 | 234円 | 24円 | 47円 | 71円 |
| 通所介護中重度者ケア体制加算 | 45単位 | 480円 | 48円 | 96円 | 144円 |
| 介護職員等処遇改善加算(I) | 9.2% | | | | |

(自費料金)

(税込)

| 項目 | 負担額 | 備考 |
|-----------|---------------|-------|
| 食費 | 750円 | |
| 入浴タオル代 | 60円 | 入浴者のみ |
| 紙おむつ代(1枚) | M 100円・L 120円 | |
| デイパンツ(1枚) | M 145円・L 165円 | |
| パット代(1枚) | 30円 | |
| レクリエーション費 | 実費 | |

※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、一旦介護保険適用外の料金をいただき、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へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

○ 交通費

- ① 通常の事業の実施地域内の方は無料
- ② 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道 10km 未満 250 円
- ③ 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道 10km 以上 500 円

○ キャンセル料

利用者様の都合によりキャンセルした場合は、下記のキャンセル料をいただきます。

| | |
|---------------------------|-------------|
| ご利用日の前日 17 時までにご連絡いただいた場合 | 無 料 |
| ご利用日当日の 9 時までにご連絡いただいた場合 | 当該基本料金の 30% |
| ご利用日当日の 9 時までにご連絡がなかった場合 | 当該基本料金の 50% |

※利用者様の病状の急変、急な入院などやむを得ない場合はキャンセル料はかかりません。

※利用者様都合によるキャンセルが頻繁に起こる場合については、キャンセル料を協議の上変更します。

※利用日が、休日の次の日の場合はご注意ください。

○ 健康上の理由による中止

- ① 風邪等の病気の際は、サービスの提供をお断りする場合があります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合又は途中で体調が悪くなった場合は、サービスの提供を中止する場合があります。その場合、ご家族に連絡の上適切に対応します。必要に応じて速やかに主治の医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

○ 支払い方法

毎月、10 日までに前月分の請求書を発行致します。支払は毎月 15 日に郵便局の口座から自動引落致します。引落確認後領収書を発行致します。

10. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込みください。当事業所の生活相談員がお伺いします。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、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

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ください。

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いただ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いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、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などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合は、又は当社が破産した場合は、ご利用者様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。ご利用者様が、サービス利用料金の支払が1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず3日以内に支払わない場合、又はご利用者様などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難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、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

11. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 事業所内は禁煙です。
- (2) 従業者の指示に従うこと。

12. 緊急時及び事故発生時の対応方法

- ・サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等へ連絡します。

| | | | | |
|-----------|------|--------------|--------|--|
| 主治の医師 | 施設名称 | | 医師氏名 | |
| | 連絡先 | | | |
| ご家族等 | 氏名 | | | |
| | 連絡先 | | | |
| 居宅介護支援事業所 | 施設名称 | | | |
| | 連絡先 | | | |
| 市町村 | 名称 | さいたま市介護保険課 | 区高齢介護課 | |
| | 連絡先 | 048-829-1264 | 048- | |

13. 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に、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

- ・防災設備点検 年1回以上
- ・防災訓練 年2回以上

14. 虐待の防止のための措置

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 小林 三幸 |
|-------------|-----------|

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止のための研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護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します。

15. 事故発生時の対応方法

利用者に対するサービス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、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、必要な措置を講じます。

また、利用者に対するサービスの提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

| | | | | |
|-----------|------|--------------|--------|--|
| ご家族等 | 氏名 | | | |
| | 連絡先 | | | |
| 居宅介護支援事業所 | 施設名称 | | | |
| | 連絡先 | | | |
| 市町村 | 名称 | さいたま市介護保険課 | 区高齢介護課 | |
| | 連絡先 | 048-829-1264 | 048- | |

| | | |
|--------|-------|--|
| 損害賠償保険 | 保険会社名 | |
| | 保険名 | |
| | 賠償の概要 | |
| 自動車保険 | 保険会社名 | |
| | 保険名 | |
| | 賠償の概要 | |

16. 個人情報保護・相談・要望・苦情窓口

通所介護に関する、個人情報保護・相談・要望・苦情等は、管理者及び生活相談員までお申し出ください。

電話 048-854-1391

受付時間 月曜日～土曜日 午前9時～午後5時

12月30日から1月3日及び祝祭日を除く

② その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

さいたま市介護保険課

電話 048-829-1264

さいたま市桜区高齢介護課

電 話 048 — 856 — 6177

さいたま市中央区高齢介護課

電 話 048 — 840 — 6067

さいたま市西区高齢介護課

電 話 048 — 620 — 2667

埼玉県国民健康保険団体連合会

電 話 048 — 824 — 2568 (苦情相談専用)

17. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

| | |
|-------------|---|
| 実施の有無 | 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 実施した直近の年月日 | |
| 実施した評価機関の名称 | |
| 評価結果の開示状況 | 有 ・ 無 |

18. その他運営に関する重要事項

(1) 事業所は、従業員の資質向上を図るための研修の機会を次のとおりも受けるものとし、業務体制を整備する。

- ・ 採用時研修 採用後3ヶ月以内
- ・ 継続研修 年2回以上
- ・ 虐待防止に関する研修 年2回以上
- ・ 権利に関する研修 年1回以上
- ・ 認知症ケアに関する研修 年1回以上

(2) 従業員は、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

(3) 従業員であった者に、職務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においても、これらの秘密を保持する。

(4) 個人情報保護については、別に規程を定めるものとする。

(5) この規程に定めるほか、運営に必要な事項は、医療法人聖仁会理事長と事業所の管理者の協議に基づいて定めるものとする。

19. 担当生活相談員

氏 名 _____

連絡先 048 — 854 — 1391

20. 通所介護の利用日及び利用時間

- ・ 曜日 時 分 ～ 時 分

21. 通所介護の利用場所

- ・ さいたま市桜区上大久保830-1 西部在宅ケアセンター内
デイサービスセンターさくらの里

年 月 日

通所介護の提供にあたり、利用者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。

事業者住所 埼玉県さいたま市桜区大字上大久保884番地

事業者名称 医療法人 聖 仁 会

代表者職氏名 理事長 西 村 直 久

指 定 番 号 1 1 7 6 5 0 0 0 2 1

事業所住所 埼玉県さいたま市桜区大字上大久保830番地1
西部在宅ケアセンター2F

事業所名称 医療法人聖仁会デイサービスセンターさくらの里

説明者氏名 _____

私は、契約書及び本書面により、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 _____

利用者氏名 _____

代理人(家族の代表)住所 _____

代理人(家族の代表)氏名 _____