

通所介護重要事項説明書

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 04-7160-6800

担当 デイサービスセンター沼風苑 生活相談員 村島 延幸

※ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

2 デイサービスセンター沼風苑の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

施設名	デイサービスセンター沼風苑
所在地	千葉県柏市箕輪585番地
介護保険指定番号	1273800050号
サービスを提供する対象地域 ※	柏市、我孫子市、野田市にお住まいの方

※上記地域以外の方でも、ご希望の方は、ご相談ください。

(2) 同センターの職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	施設長	1名		管理業務	1名
生活相談員	介護福祉士	1名		相談業務	1名
機能訓練指導員		1名		機能訓練	1名
看護師・准看護師		1名		看護業務	1名
介護福祉士		5名		介護業務	5名
ヘルパー養成講習修了者				〃	
栄養士		1名		栄養管理	1名
その他			2名	介護業務	2名

(3) 同センターの設備等の概要

定員	30名	静養室	1室 3床
食堂兼機能訓練室	1室 139㎡	相談室	1室
浴室	一般浴槽・特別浴槽	送迎車	5台

営業時間

月～土曜日・祝日	午前8：30～午後6：00 (ご利用時間：午前9：30～午後4：45)
日曜日	定休日

3 サービス内容

在宅の虚弱・寝たきり・認知症のある高齢者をデイサービスセンターに送迎して、日常動作訓練や入浴・給食等各種のサービスを提供し、高齢者の心身機能の維持向上を図るとともに、併せて家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることが目的です。

- ① 送迎：自宅からセンターまでの間を送り迎えします。
- ② 食事：昼食およびおやつを提供致します。
- ③ 入浴：見守りまたは介助し、安全に入浴を提供します。
- ④ 健康チェック：お客様の体温、血圧等のチェックをし、体調の確認を行います。
- ⑤ レクリエーション：遊びの中に、運動や手作業を取り入れ、生きがい作りにつながるように努力致します。
- ⑥ リハビリテーション：心身機能の維持向上を図るように努力致します。
- ⑦ 生活相談：介護に関する相談、各種福祉サービスの申請受付、介護機器の紹介等
- ⑧ バスハイク：別料金になりますが、無理のないように計画を立て、実行致します。

4 料金

(1) 利用料金

お支払いいただく料金の概算は下記のとおりです。

〔介護保険内〕⇒基本1割負担。年間の所得により、2～3割負担になります。

介護度	1日の 利用単位数	サービス提供 体制強化加算	単位数合計
要介護度1	658	22	680
要介護度2	777		799
要介護度3	900		922
要介護度4	1.023		1.045
要介護度5	1.148		1.170

＜料金計算方法＞

① 単位数合計×日数＝月合計総単位数

② 月合計総単位数×9, 2%＝介護職員等処遇改善加算

③ ①＋②＝月合計単位数

(③×10.27 円)－(③×10.27 円×90～70%)＝ ご負担いただく料金

- ・入浴費 1日あたり 40 単位
- ・個別機能訓練 1日あたり 56 単位
- ・科学的介護推進体制加算 1ヶ月あたり 40 単位

[介護保険外] ⇒全額負担

- ・昼食費 ￥700／1食
- ・おやつ代 ￥100／日 ※10時と15時にあり
- ・クラブ活動費 ￥100／1回 ※レクリエーション材料費等
- ・オムツ代 尿取りパット ￥30／枚 紙オムツ ￥100
フラットパット ￥100 リハビリパンツ ￥150
(オムツ代は、全額自己負担ですが、こちらでお出ししたときに徴収します。)
- ・その他の料金 外出行事参加費等は別途料金がかかります。

※ ただし、介護保険適用の場合でも、保険料等の滞納等により、保険給付金が直接事業者に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頂き、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、居住地市町村の介護保険課の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(2) 利用料金の支払方法

毎月、10日頃までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払い方法は、現金集金又は銀行振込の2通りの中からご契約の際に選べます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。サービスの提供の依頼を受けた後、利用前に面接をし、契約を締結して、サービスの提供を開始します。

その際、診断書をお取りしていただきますので、お願い致します。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）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 お客様は、現にサービスを利用している期間を除き、事業者に対して、1週間の予告期間を置いて文書で通知することにより、いつでも契約を解約することができます。ただし、お客様の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

② 事業者はやむを得ない事情がある場合、お客様に対して1カ月の予告期間を置いて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

③ 次の事由に該当した場合は、お客様は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- ・ 事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・ 事業者が、守秘義務に反した場合
- ・ 事業者が、お客様やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・ 事業者が、破産した場合

④ 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに、この契約を解約することができます。なお、この場合の原則として、事前にお客様の担当の介護支援専門員に連絡します。

- ・ お客様が事業者を支払うべきサービスの料金を正当な理由なく2カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日間以内に支払わない場合。
- ・ お客様が、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、またはお客様の入院もしくは病気等により、3カ月以上にわたって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。
- ・ お客様またはその家族等が事業者やサービス従業者または他のお客様に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合。

⑤ 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ お客様の要介護認定区分が、非該当（要支援または自立）と認定された場合
- ・ お客様が死亡もしくは被保険者資格を喪失した場合

6 当センターのサービスの特徴等

（１）運営の方針

- ① 充実し整備された環境作り
- ② 職員の資質の向上、教育、研修、専門的知識の把握と技術の練磨
- ③ お客様やご家族及び地域との緊密なる連携。

（２）サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
土曜・日曜日の実施の有無	有	土曜日は通常通り実施します。
従業員への研修の実施	有	随時実施しています。
時間延長実施の有無	無	原則的に実施していません。
サービスマニュアルの作成	有	
送迎の有無	有	

（３）サービス利用に当たってご留意いただく事項

- ・ 送迎時間変更は前日までにご連絡ください。
- ・ 体調確認の結果、体調不良の場合、サービスを中止、変更することがあります。
- ・ 食事のキャンセルは、サービス開始前後に早めに申し出てください。
- ・ 喫煙は喫煙場所でのみ可能です。（制限あり）
- ・ 設備、器具の利用は原則的に自由です。

7 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、必要な処置を講ずるほか、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ速やかに連絡いたします。

8 非常災害対応並びに業務継続計画

- (1) 事業所は、非常災害に備えるため、消防計画を作成し避難訓練等を次のとおり行うとともに必要な設備を備える。

防火責任者	管理者
防災訓練	年3回
避難訓練	年3回
通報訓練	年1回

- (2) 業務継続計画（BCP）の策定等にあたって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して指定通所介護の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施するものとする。

9 虐待防止に関する事項

- (1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ④ その他虐待防止のために必要な措置

- (2) 事業者はサービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

10 サービス内容に関する相談・苦情

- ① 当センターご利用者相談・苦情担当

担当 生活相談員 村島 延幸 電話 04-7160-6800

- ② その他

当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受けつけています。

市町村名 柏市

担当課 高齢者支援課 電話 04-7167-1111

国民健康保険団体連合会 連絡先電話 043-254-7409

1 1 当施設の概要

名称・法人種別	社会福祉法人沼風会
代表者役職・氏名	理事長 井手口 礼子
本部所在地・電話番号	千葉県柏市箕輪585番地 04-7160-6800
定款の目的に定めた事業	1. 特別養護老人ホームの経営 2. 老人デイサービスセンターの経営 3. 老人短期入所事業の経営 4. 老人介護支援センターの経営 5. 認知症対応型共同生活援助事業の経営 6. 居宅介護支援事業
施設・拠点等	特別養護老人ホーム 2ヵ所 短期入所生活介護 1ヵ所 介護予防短期入所生活介護 1ヵ所 通所介護 1ヵ所 介護予防通所介護 1ヵ所 居宅介護支援事業者 1ヵ所 在宅介護支援センター 1ヵ所 認知症対応型共同生活介護 1ヵ所

.....契約をする場合は以下の確認をすること.....

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書およ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 千葉県柏市箕輪585番地

名称 社会福祉法人 沼風会

デイサービスセンター沼風苑

(事業所番号 1273800050)

説明者 氏名 村島 延幸 印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 _____ 印 _____

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件の通り、私_____及び代理人_____は、
通所介護事業所及びそのサービス従業者が、私及び代理人の家族の個人情報を、業務上必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 使用期間

サービス提供の契約期間に準じます。

2. 使用目的

- (1) 医療機関・福祉事業者・介護支援専門員・介護サービス事業者・自治体・その他社会福祉団体等の連絡調整のため。
- (2) その他サービス提供で必要な場合。

3. 使用条件

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して使用致しません。また、お客様とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても第三者に漏らしません。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

代理人 住所

氏名 印