

# 通所介護重要事項説明書

＜令和 6年 11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 048-648-4761 (午前8時30分～午後18時30分)

\*御不明な点は、なんでもおたずねください。

2 社会福祉法人 育成会 白菊苑の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	社会福祉法人 育成会 白菊苑
所在地	さいたま市大宮区天沼町1丁目150番地の1
介護保険指定番号	1170300147
サービスを提供する対象地域	さいたま市

上記地域以外の方でも御希望の方は御相談ください。

(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		介護福祉士	1名		統括業務	1名
生活相談員		介護福祉士	8名		相談業務	8名
機能訓練指導員		看護職員	1名	2名	リハビリ業務	2名
事務職員			1名		請求管理業務	1名
看護 介 護 職 員	看護師		1名	1名	医療処置業務	2名
	准看護師			1名	医療処置業務	1名
	介護福祉士		8名	2名	介護業務	10名
	1～2級修了者(初任者研修)			4名	介護業務	4名
	3級修了者					
	その他					

(3) 同センターの勤務体制

生活相談員	1名以上
介護士	3名以上
看護師 兼 機能訓練指導員	1名以上

(4) 同センターの設備の概要

定員	50名	静養室	1室2床
食堂兼機能訓練室	1室178㎡	相談室	1室
浴室	普通浴槽と特殊浴槽があります。	送迎車	4台

(5) 営業時間

月～土	午前8時30分～午後18時30分
祭日	午前8時30分～午後18時30分

ただし 12月29日から1月3日は休業 緊急連絡先 TEL 648-4761

3 サービス内容

- ① 送迎 ② 食事 ③ 入浴 ④ 機能訓練 ⑤ 生活相談等

4 料金

(1) 利用料金 ① 通所介護利用料

(単位 円)

介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防通所介護サービス	1月あたりの 利用料金	介護保険適用時 1月あたりの自 己負担額(1割)	介護保険適用時 1月あたりの自 己負担額(2割)	介護保険適用時 1月あたりの自 己負担額(3割)
予防給付				
通所型サービスⅠ(要支援1)・(事業対象者)	19,202	1,921	3,841	5,761
通所型サービスⅡ(要支援2)・(事業対象者)	38,672	3,868	7,735	11,602
若年性認知症利用者受入加算	2,563	257	513	769
生活機能向上グループ活動加算	1,068	107	214	321
口腔機能向上加算Ⅰ	1,602	161	321	481
口腔機能向上加算Ⅱ	1,708	171	342	513
一体的サービス提供加算	5,126	513	1,026	1,538
事業所評価加算	1,281	129	257	385
サービス提供体制強化加算Ⅰ要支援1・事業対象者	939	94	188	282
サービス提供体制強化加算Ⅰ要支援2・事業対象者	1,879	188	376	564
サービス提供体制強化加算Ⅱ要支援1・事業対象者	768	77	154	231
サービス提供体制強化加算Ⅱ要支援2・事業対象者	1,537	154	308	462
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	213	22	43	64
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	53	6	11	16
科学的介護推進体制加算	427	43	86	129
通所介護送迎減算(片道)(要支援1・要支援2・事業対象者)	-501	-51	-101	-151

※事業対象者で週1回の利用契約は通所型サービスⅠ、週2回の利用契約は通所型サービスⅡとなります。

※送迎減算は上限回数があり、通所型サービスⅠ利用の方8回、通所型サービスⅡ利用の方16回です。

※契約期間が1月に満たない場合や短期入所生活介護、短期入所療養介護入所時は1月か

ら差し引いた日数を算定する。1日につき通所型サービスⅠ(事業対象者・要支援1)の方630円ただし、介護保険適用時の自己負担額は(1割)63円、(2割)126円、(3割)189円です。通所型サービスⅡ(要支援2)の方1,270円ただし、介護保険適用時の自己負担額は(1割)127円、(2割)254円、(3割)381円です。

(単位 円)

介護給付(大規模型通所介護Ⅰ)	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時 1日あたりの自 己負担額(1割)	介護保険適用時 1日あたりの自 己負担額(2割)	介護保険適用時 1日あたりの自 己負担額(3割)
2H以上3H未満要介護1	2,808	281	562	843
2H以上3H未満要介護2	3,214	322	643	965
2H以上3H未満要介護3	3,631	364	727	1,090
2H以上3H未満要介護4	4,047	405	810	1,215
2H以上3H未満要介護5	4,464	447	893	1,340
3H以上4H未満要介護1	3,823	383	765	1,147
3H以上4H未満要介護2	4,368	437	874	1,311
3H以上4H未満要介護3	4,934	494	987	1,481
3H以上4H未満要介護4	5,478	548	1,096	1,644
3H以上4H未満要介護5	6,066	607	1,214	1,820
4H以上5H未満要介護1	4,015	402	803	1,205
4H以上5H未満要介護2	4,592	460	919	1,378
4H以上5H未満要介護3	5,190	519	1,038	1,557
4H以上5H未満要介護4	5,777	578	1,156	1,734
4H以上5H未満要介護5	6,375	638	1,275	1,913
5H以上6H未満要介護1	5,809	581	1,162	1,743
5H以上6H未満要介護2	6,867	687	1,374	2,061
5H以上6H未満要介護3	7,935	794	1,587	2,381
5H以上6H未満要介護4	8,971	898	1,795	2,692
5H以上6H未満要介護5	10,039	1,004	2,008	3,012
6H以上7H未満要介護1	6,023	603	1,205	1,807
6H以上7H未満要介護2	7,123	713	1,425	2,137
6H以上7H未満要介護3	8,223	823	1,645	2,467
6H以上7H未満要介護4	9,302	931	1,861	2,791
6H以上7H未満要介護5	10,402	1,041	2,081	3,121

7 H以上 8 H未満要介護 1	6,717	672	1,344	2,016
7 H以上 8 H未満要介護 2	7,945	795	1,589	2,384
7 H以上 8 H未満要介護 3	9,195	920	1,839	2,759
7 H以上 8 H未満要介護 4	10,466	1,047	2,094	3,140
7 H以上 8 H未満要介護 5	11,715	1,172	2,343	3,515
生活相談員配置加算	138	14	28	42
中重度ケア体制加算	480	48	96	144
生活機能連携加算 (I)	1,068	107	214	321
生活機能連携加算 (II)	2,136	214	428	641
個別機能訓練加算 (I) イ	598	60	120	180
個別機能訓練加算 (I) ロ	811	82	163	244
個別機能訓練加算 (II)	213	22	43	64
A D L維持等加算 (I)	320	32	64	96
A D L維持等加算 (II)	640	64	128	192
認知症加算	640	64	128	192
若年性認知症受入加算	640	64	128	192
栄養改善加算	2,136	214	428	641
栄養アセスメント加算	534	54	107	161
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	213	22	43	64
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	53	6	11	16
口腔機能向上加算 (I)	1,602	161	321	481
口腔機能向上加算 (II)	1,708	171	342	513
入浴加算 (I)	427	43	86	129
入浴加算 (II)	587	59	118	177
科学的介護推進体制加算	427	43	86	129
通所介護送迎減算 (片道)	-501	-51	-101	-151
サービス提供体制強化加算 (I)	234	24	47	71
サービス提供体制強化加算 (II)	192	20	39	58

(単位 円)

介護給付(通常規模型通所介護)	1日あたりの	介護保険適用時	介護保険適用時	介護保険適用時
	利用料金	1日あたりの自 己負担額(1割)	1日あたりの自 己負担額(2割)	1日あたりの自 己負担額(3割)

2 H以上 3 H未満要介護 1	2,904	291	581	872
2 H以上 3 H未満要介護 2	3,321	333	665	997
2 H以上 3 H未満要介護 3	3,748	375	750	1,125
2 H以上 3 H未満要介護 4	4,186	419	838	1,256
2 H以上 3 H未満要介護 5	4,613	462	923	1,384
3 H以上 4 H未満要介護 1	3,951	396	791	1,186
3 H以上 4 H未満要介護 2	4,517	452	904	1,356
3 H以上 4 H未満要介護 3	5,115	512	1,023	1,535
3 H以上 4 H未満要介護 4	5,692	570	1,139	1,708
3 H以上 4 H未満要介護 5	6,279	628	1,256	1,884
4 H以上 5 H未満要介護 1	4,143	415	829	1,243
4 H以上 5 H未満要介護 2	4,741	475	949	1,423
4 H以上 5 H未満要介護 3	5,361	537	1,073	1,609
4 H以上 5 H未満要介護 4	5,980	598	1,196	1,794
4 H以上 5 H未満要介護 5	6,589	659	1,318	1,977
5 H以上 6 H未満要介護 1	6,087	609	1,218	1,827
5 H以上 6 H未満要介護 2	7,187	719	1,438	2,157
5 H以上 6 H未満要介護 3	8,298	830	1,660	2,490
5 H以上 6 H未満要介護 4	9,398	940	1,880	2,820
5 H以上 6 H未満要介護 5	10,509	1,051	2,102	3,153
6 H以上 7 H未満要介護 1	6,237	624	1,248	1,872
6 H以上 7 H未満要介護 2	7,358	736	1,472	2,208
6 H以上 7 H未満要介護 3	8,501	851	1,701	2,551
6 H以上 7 H未満要介護 4	9,622	963	1,925	2,887
6 H以上 7 H未満要介護 5	10,765	1,077	2,153	3,230
7 H以上 8 H未満要介護 1	7,027	703	1,406	2,109
7 H以上 8 H未満要介護 2	8,298	830	1,660	2,490
7 H以上 8 H未満要介護 3	9,612	962	1,923	2,884
7 H以上 8 H未満要介護 4	10,925	1,093	2,185	3,278
7 H以上 8 H未満要介護 5	12,260	1,226	2,452	3,678
生活相談員配置加算	138	14	28	42

中重度ケア体制加算	480	48	96	144
生活機能連携加算（Ⅰ）	1,068	107	214	321
生活機能連携加算（Ⅱ）	2,136	214	428	641
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	598	60	120	180
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	811	82	163	244
個別機能訓練加算（Ⅱ）	213	22	43	64
A D L維持等加算（Ⅰ）	320	32	64	96
A D L維持等加算（Ⅱ）	640	64	128	192
認知症加算	640	64	128	192
若年性認知症受入加算	640	64	128	192
栄養改善加算	2,136	214	428	641
栄養アセスメント加算	534	54	107	161
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	213	22	43	64
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	53	6	11	16
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,602	161	321	481
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,708	171	342	513
入浴加算（Ⅰ）	427	43	86	129
入浴加算（Ⅱ）	587	59	118	177
科学的介護推進体制加算	427	43	86	129
通所介護送迎減算（片道）	-501	-51	-101	-151
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	234	24	47	71
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	192	20	39	58

#### 介護予防・日常生活支援総合事業、介護給付共通A

##### ① 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

サービス利用時の所定単位数にサービス別加算率（9.2%）を乗じ、地域単位数単価を乗じた金額を1月あたりの利用料金とする。介護保険適用時の1月あたりの自己負担額は1月あたりの利用料金の1割又は2割又は3割とする。

#### 介護予防・日常生活支援総合事業、介護給付共通B

- ① 昼食代 1食あたり800円。（おやつ代含む）（全額自己負担）
- ② 日用品費 1回あたり通常時間利用者100円、短時間利用者50円（全額自己負担）

③その他 上記のほか、紙おむつ代、その他日常生活上の便宜に係る費用は自己負担となります。

④ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納により保険給付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は後日、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。

## (2) 交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に要する費用は

- ① さいたま市から片道2キロ未満で 1,000円が別途かかります。
- ② さいたま市から片道2キロ以上で 2,000円が別途かかります。
- ③ さいたま市から、片道2キロ以上で2キロを増すごとに 2,000円に1,000円ずつの加算をします。

## (3) 延長料金

通常の時間を超え、通所介護を受ける場合 一時間当たり 2,000円が別途かかります。

## (4) キャンセル料

ご利用者の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。 (要支援者を除く)

①利用日の前日午後18時30分までにご連絡いただいた場合	無 料
②利用日の当日午前9時までにご連絡いただいた場合	1日の利用料の 50%
③利用日の当日午前9時までにご連絡がなかった場合	1日の利用料の100%
④当日御利用された時間が2時間に満たなかった場合	1日の利用料の100%

## (5) 健康上の理由による中止

- ①風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ②当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスの内容変更又は中止を行うことがあります。その場合、ご家族に連絡の上、対応します。
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡します。ただし、連絡がつかない場合施設の判断で対応させていただきます。

## (6) 支払方法

毎月、10日以降に前月分の請求金額を記入した請求書を送付します。月末に口座振替を致しますので、振替の確認後領収証を発行します。  
お支払い方法は、口座振替、又は現金での支払いでお願いします。

## 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ください。当センター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、事前に介護支援専門員と御相談ください。

## (2) サービス利用契約の終了

### ① ご利用者の御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ください。

### ② 当センター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、自動的に契約を終了いたします。

- ・ ご利用者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の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合(この場合、契約条件を変更して再度契約することができません。)
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合

### ④ その他

- ・ 当センター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、介護者などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当センターが破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知する事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告したにもかかわらず、14日以内に支払わない場合、ご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、ご利用者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、又はご利用者や介護者などが当施設や当センターの職員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場合がございます。

## 6 当施設のサービスの特徴等

### (1) 事業の目的

通所介護を通じて高齢者の生活をサポートし、誰もが安心して生活できる地域をつくれます

### (2) 運営の方針

高齢者の自立の援助を目的に介護サービスを提供します。

### (3) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	○	
時間延長の可否	×	

従業員への研修の実施	○	年3回職員研修を実施しています
その他		

(4) 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 送迎時間の連絡 連絡帳、電話連絡等でご案内します。
- ・ 体調確認 送迎到着時に、看護師がバイタルチェックを行います。
- ・ 体調不良によるサービスの中止 施設に連絡をお願いします。通常はキャンセル料を請求することはありませんが、状況によりキャンセル料を請求する場合があります。
- ・ 食事のキャンセル 施設利用と同様な規定でキャンセル料を請求する場合があります。
- ・ 時間変更・設備、器具の利用 当施設内の設備は無料で使用できる場合があります。

7 サービス内容に関する相談・苦情及び個人情報の取扱いに関する苦情の相談窓口

① 当センターご利用者相談・苦情担当

当社の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。また個人情報の取扱いに関する苦情を承ります。

社会福祉法人 育成会 白菊苑 担当 大賀、門脇 電話 648-4761

② 当施設の苦情解決責任者

社会福祉法人育成会 白菊苑 所長 仙波

③ その他

当法人の苦情解決第三者委員

苦情解決に社会性客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を進展するため、第三者委員を設置しています。

苦情の内容は施設に苦情受付箱を設置しておりますので、そちらに投函下さい。

当センター以外に、市町村等の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

市町村名 さいたま市大宮区

担当 高齢介護課 電話 646-3068

市町村名 さいたま市(本庁)

担当 介護保険課 電話 829-1264

埼玉県国民健康保険団体連合会

担当 苦情相談窓口 電話 824-2568

8 秘密の保持

担当職員は業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保持します。

なお、サービス担当者会議等において、ご利用者の個人情報を用いる場合はご利用者の同意をご利用者のご家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ定めた契約書に記名捺印を行うことで同意を得たものとします。

## 9 個人情報の利用目的、範囲等

### 1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるに当たって、担当職員と介護サービス事業者の間で開催されるサービス担当者会議において、ご利用者の状態、ご家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)のほか、地域包括支援センター又は介護サービス事業所との連絡調整のため必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、ご利用者が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師に説明する場合。
- (4) 事業所が実習生を受け入れ、実習生に個人特性情報の伝達を行う場合。

### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 居宅介護支援事業所 (3) 地域包括支援センター (4) 病院又は診療所

### 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間。

### 4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の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。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報の内容等の経過を記録する。

## 10 緊急時および事故発生時の対応

サービス提供時にご利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは必要に応じて臨時応急の手当てを行なうと共に速やかに主治の医師に連絡し適切な処置を行なうようにします。

担当職員は、ご利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、ご利用者のご家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ管理者に報告します。

## 11 非常災害時の対応

当センターは、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します。

また、大規模な地震や火事等の災害時や感染症の発生などの非常事態により、ご利用者や職員、その他関係者の安全を確保できないと当センターにおいて判断したときは、事業の運営を一時的に停止する場合があります。

## 1.2 サービスにあたっての留意事項

複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。

他のご利用者や職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

貴重品や金銭については、紛失等のリスクがありますので、持ち込みされないようお願いします。

## 1.3 虐待防止のための措置に関する事項

当センターは、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じています。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年に1回以上実施する。
- (4) 前号に掲げる措置を適切に実施するため主任、副主任を担当者とする。
- (5) 当センターは、サービス提供中に、職員又は養護者（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、市町村に通報します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 育成会 白菊苑

説明者 \_\_\_\_\_

私は重要事項の説明を受け同意をします。

また個人情報の利用目的、範囲の説明を受け同意をいたします。

契約者

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

代理人

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_