

# 通所介護重要事項説明書

社会福祉法人 健寿会  
健寿園デイサービスセンター

# 通所介護重要事項説明書

< 2024年6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苦情等相談窓口

- ・ 健寿園デイサービスセンター  
電話 04-2921-7733 担当 生活相談員 笹本幸一・中山杏奈  
(月曜日～日曜日 8時30分～19時00分)
  - ・ 所沢市役所介護保険課  
電話 04-2998-9420 (平日 9時～17時)
  - ・ 所沢市役所高齢者支援課  
電話 04-2998-9120 (平日 9時～17時)
  - ・ 埼玉県国民健康保険団体連合会苦情相談窓口専用  
電話 048-824-2568 (平日 9時～17時)
- \* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

## 2 健寿園デイサービスセンターの概要

### (1) 提供できるサービスの種類

- ・ 通所介護

### (2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	健寿園デイサービスセンター
所在地	〒359-1101 埼玉県所沢市北中 2-301-1
介護保険指定番号	第 1172500298 号
サービスを提供する地域	所沢市

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (3) 同センターの職員体制

	人数	業務内容
管理者	1名	サービス管理全般
生活相談員	2名以上	生活上の相談等
機能訓練指導員	1名以上 (看護職員兼任)	機能維持訓練等
看護職員	1名以上 (機能訓練指導員兼任)	医療、健康管理業務等
介護職員	6名以上	日常介護業務等
事務職員	1名以上	一般事務・料金請求等

※介護保険法の規程を遵守しています。

(4) 同センターの設備の概要

定員	40名	相談室	1室
食堂・機能訓練室	1室	送迎車	6台
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。		

(5) 営業時間及びサービス提供時間

営業時間

月～日	8時30分～19時00分
-----	--------------

サービス提供時間

月～日	9時45分～17時00分
-----	--------------

緊急連絡先 04-2921-7733

3 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、個別機能訓練その他必要な介護を行います。具体的な内容はパンフレットをご覧ください。

4 事業目的

要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービスまたは介護サービスを提供することを目的とします。

5 運営方針

事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法や関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

6 料金(自己負担割合はお手元の介護保険負担割合証をご参照下さい。)

①基本料金（1日当たり）

サービス提供時間	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上 4時間未満	1割	380円	435円	492円	548円	604円
	2割	760円	869円	984円	1,095円	1,208円
	3割	1,140円	1,304円	1,476円	1,642円	1,812円
4時間以上 5時間未満	1割	399円	456円	516円	576円	634円
	2割	797円	912円	1,031円	1,151円	1,268円
	3割	1,196円	1,368円	1,547円	1,726円	1,901円
5時間以上 6時間未満	1割	586円	692円	798円	904円	1,011円
	2割	1,171円	1,383円	1,596円	1,808円	2,021円
	3割	1,756円	2,074円	2,394円	2,712円	3,032円
6時間以上 7時間未満	1割	600円	708円	818円	926円	1,036円
	2割	1,200円	1,416円	1,635円	1,851円	2,071円
	3割	1,800円	2,123円	2,453円	2,776円	3,106円
7時間以上 8時間未満	1割	676円	798円	925円	1,051円	1,179円
	2割	1,352円	1,596円	1,849円	2,102円	2,358円
	3割	2,028円	2,394円	2,773円	3,152円	3,537円
8時間以上 9時間未満	1割	687円	813円	940円	1,070円	1,200円
	2割	1,374円	1,625円	1,880円	2,139円	2,399円
	3割	2,061円	2,437円	2,820円	3,208円	3,599円

②加算・減算

サービス内容略称	1割負担	2割負担	3割負担
通所介護入浴介助加算Ⅰ※1（回）	41円	82円	123円
通所介護中重度者ケア体制加算（日）	47円	93円	139円
通所介護同一建物減算※1（日）	-97円	-193円	-290円
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ（イ）※1（日）	58円	115円	173円
通所介護送迎減算※1（片道）	-49円	-97円	-145円
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ※2（日）	23円	45円	68円
通所介護延長加算Ⅰ※1（日）	52円	103円	154円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	基本料金、加算、減算を合わせた総単位数に9.2%を加算		

※1 対象者のみの加算・減算になります。

※2 職員体制等により算定に変更があります。

③ 食事代（昼食）…1食あたり 729 円。（全額自己負担）

④ その他…おむつ代、レクリエーションに係る費用等で自己負担を要する場合があります。

## (2) 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 利用日の当日 10 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 10 時 30 分までにご連絡がなかった場合	食費相当 729 円

## (3) 支払方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、15 日以内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、ご契約の際に決めさせていただきます。

## 7 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 7 日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 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。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合…入所日
- ・ 利用者が要介護認定区分ではなくなった場合  
……………非該当となった日
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合……………死亡日の翌日

### ④ 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・保証人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、利用者は文書等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 30 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、または利用者や保証人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、文書等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ございます。

## 8 当施設のサービスの特徴等

別添の資料をご覧ください。

## 9 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厳守して下さい。

- ① 共同生活の秩序を保ち、規律ある生活をお願いします。
- ② 火気の取扱いに注意して下さい。
- ③ けんか、口論、泥酔、中傷、その他他人の迷惑となる行為は行わないで下さい。
- ④ 貴重品及び現金は持参されないようお願いします。万が一紛失されましても責任は負いかねます。
- ⑤ その他管理上必要な指示に従って下さい。

## 10 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容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、保証人、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

## 11 非常災害時対策

- ① 事業所の災害対策に関する担当者（防火管理者）を配置し、非常災害に関する取り組みを行います。  
災害対策に関する担当者（防火管理者）  
氏名：施設長 平嶋 麻衣
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

12 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに保証人や担当の介護支援専門員及び市区町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

13 第三者評価の実施状況（有・無）

（実施年月日）

（評価機関）

（評価結果）

通所介護の提供開始にあたり、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

所在地 〒359-1101 埼玉県所沢市北中 2-301-1

名 称 健寿園デイサービスセンター 印

説明者 生活相談員 印

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  
事項の説明を受けました。

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

<利用者欄を代筆の場合は代筆者氏名>

\_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

(保証人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印