

「指定通所介護」
デイサービスセンターくさばな 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(東京都指定 第1375200613号)

当事業所はご利用者に対して、指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として介護認定の結果「要介護」と認定された方々が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	3
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
6. 苦情の受付けについて	7

1. 事業者

(1) 法人名	医療法人社団 豊信会
(2) 法人所在地	東京都 あきる野市 草花 2724 番地
(3) 電話番号	042-558-7127
(4) 代表者氏名	理事長 下村 智
(5) 設立年月	平成17年5月

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類	指定通所介護事業所：平成 25 年 8 月 1 日指定 ※ 当事業所は、サービス付き高齢者賃貸住宅に併設されています。
(2) 事業所の目的	指定通所介護は、介護保険法令に従い、ご利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営む事ができるように支援することを目的とし、ご利用者に通所介護サービスを提供します。

(3) 事業所の名称 医療法人社団 豊信会 デイサービスセンターくさばな

(4) 事業所の所在地 東京都あきる野市草花 2978 番地

(5) 電話番号 042-533-2453

(6) FAX番号 042-533-2454

(7) 管理者 古川 尊

(8) 事業所理念 『自己研鑽 利用者奉仕 家庭医療と介護』

一、自己研鑽

自己の能力の向上に努め、利用者様に誠実な介護を提供します

二、利用者奉仕

利用者様の立場に立った介護・医療サービスの提供に努めます

三、家庭医療と介護

利用者様だけではなく、利用者様のご家族の健康も考えられる家庭医療・介護の提供を目指します。

(9) 開設年月日 平成 25 年 8 月 1 日

(10) 利用定員 月～金曜日 1 日あたり 22 名
土曜日 1 日あたり 17 名

(11) 設備の概要

当事業所では以下の設備をご用意しています。

設備の種類	数	備 考
食 堂	1	
静 養 室	1	
相 談 室	1	
事 務 室	1	
浴 室	1	一人浴槽 機械浴槽 設置
便 所	2	だれでもトイレ設置

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定通所介護事業所に設置が義務付けられている設備です。

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

あきる野市、羽村市、福生市、西多摩郡日の出町、
八王子市の一
部（高月・丹木・加住・宮下・戸吹）、
青梅市の一
部（河辺・友田町）
西多摩郡瑞穂町の一
部（むさし野・南平）

(2) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日	年末年始・祝日を除く
営 業 時 間	月曜日～金曜日	8:00～17:30
	土曜日	9:30～ 16:00
サービス提供時間	月曜日～金曜日	9:00～16:30
	土曜日	10:00～15:30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対し指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈 主な職員の配置状況 〉

令和6年3月15日現在（総数）

職 種	在籍数
1. 管理者	1名
2. 生活相談員	2名
3. 介護職員	8名
4. 看護職員	2名
5. 機能訓練指導員	3名

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制	
1. 生活相談員	勤務時間	8:00~17:00
2. 介護職員	勤務時間	8:30~17:30
		9:00~16:30
3. 看護職員	勤務時間	8:30~17:30
		8:30~16:30
4. 機能訓練指導員	勤務時間	8:30~17:30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- 1、 利用料金の一定割合が介護保険から給付される場合
 - 2、 利用料金の全額をご利用者にご負担いただく場合
- があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

〈要介護者に対するサービスの概要〉

- ① 入浴介助体制加算（I）
 - ・一人用浴槽・機械浴槽の中から、ご利用者の状況に応じた適切な入浴をしていただきます。
- ② 個別機能訓練加算（I）□
 - ・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。
- ③ サービス提供体制強化加算（I）
 - ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の総数の割合が70%以上配置されている事業所に対して算定することができる加算です。
- ④ 通所介護処遇改善加算（I）
 - ・介護現場で働く職員の処遇改善を行い人材確保に努め、良質なサービス提供を続けることが出来るようにするための加算です。

〈1回あたりのサービス利用料金〉（別紙参照）

別紙料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

また、ご利用者の通所介護計画により、下記の表の自己負担額が加算されます。

要介護者	介護保険給付額	自己負担額	
個別機能訓練加算（Ⅰ）□	76 単位/日	1割	80 円
		2割	159 円
		3割	239 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位/日	1割	23 円
		2割	46 円
		3割	69 円
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/日	1割	42 円
		2割	84 円
		3割	126 円
通所介護処遇改善加算（Ⅰ）		所定単位数の 9.2%	

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。又、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご利用者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食事費

ご利用者に提供する食事の材料にかかる費用です。

※弁当持参も可（事前にご相談下さい）

料金：1日あたり　昼食 815 円　おやつ 146 円

② 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

料金：一枚につき 10 円

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

その他日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

☆①～③について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算しご請求しますので、翌月27日までに指定の方法でお支払いください。

ア：下記指定口座への振り込み

西武信用金庫 秋川支店 普通 1345452

イ：金融機関口座からの自動引き落とし

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の自己負担相当額

○サービス利用の変更・追加の申し出に対し、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービス提供ができない場合は、他利用可能日をご利用者に提示し協議します。

6. 苦情の受付けについて（契約書第22条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 〈職名〉 生活相談員 久保島 恵理子
- 苦情解決責任者 〈職名〉 管理者 古川 尊
- 受付時間 毎週 月曜日～土曜日 8:00～17:30

(2) 第三者委員

- 〈職名〉 弁護士 堀 克巳
〈職名〉 税理士 岡野 哲史

(3) 行政機関その他苦情受付機関

あきる野市役所 介護保険課	所 在 地 あきる野市二宮 350 電話番号 042-558-1111 受付時間 9:00~17:00
東京都 国民健康保険団体連合会 相談指導係	所 在 地 東京都千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館 11 階 電話番号 03-6238-0177 受付時間 9:00~17:00

令和 7 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定通所介護事業所 医療法人社団 豊信会 デイサービスセンター くさばな

説明者氏名..... 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、より良い介護サービス実施のため、サービス担当者会議等で利用者並びに家族の情報を用いるほか、医療機関・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者への情報の提供を含め、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所.....

氏名.....印

身元保証人住所.....

氏名.....印

(契約者との続柄.....)