

通所介護重要事項説明書
(デイサービスしらさぎ桜苑)

1. 事業所の概要

(事業者の名称) 社会福祉法人 武蔵野療園
(所在地) 東京都中野区江古田 2-24-11
(連絡先) 電話 03-3389-5593
(代表者) 理事長 駒野 登志夫

(利用施設の名称) デイサービスしらさぎ桜苑
(所在地) 東京都中野区白鷺 1-14-8
(連絡先) 電話 03-5356-5445
FAX 03-5356-5271
(事業種類) 地域密着型通所介護
(事業所番号) 1371404557
(管理者) 落合 和美

2. 運営の方針

事業者は、要介護状態の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、有する能力に応じ自立した日常生活が営むことが出来るように、日常生活上の介護および機能訓練等のその他必要な援助を行います。

3. 営業日および営業時間

- (1) 営業日 月曜日から土曜日（12月30日～1月3日を除く）
(2) 営業時間 午前8時45分から午後5時30分

4. 職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
生活相談員	4名（4名兼務）		4名
介護職員	2名（2名兼務）	3名	5名

5. 定員および設備概要

定員	10名	静養室
食堂兼機能訓練室		相談室
浴室	一般浴槽	

6. 通常事業実施地域

中野区：白鷺、鷺宮、上鷺宮、大和町、若宮、丸山2丁目、野方5・6丁目

7. サービス内容

通所介護計画及び介護予防通所介護計画に沿って、身体介護、機能訓練の提供、入浴サービスの提供、食事サービスの提供、送迎サービスの提供、アクティビティサービスの提供、介護等に関する相談および助言などを行ないます。

8. 緊急時における対応方法

- (1) 事業者は、サービス提供中に利用者の体調等の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに家族、主治医に連絡する等の措置を講じます。
- (2) 事業の実施中に天災その他災害が発生した場合、利用者の避難等の措置を講じます。

9. 非常災害対策

非常災害時には、別途定める消防計画に沿って対応を行います。また、避難訓練については、事業計画書に定めるものとします。

10. 相談・苦情窓口

- (1) 当事業所の相談・苦情は以下の窓口で受け付けます。

①デイサービスしらさぎ桜苑

- ・苦情・相談窓口 管理者／落合 和美
- ・受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後17時
- ・電話番号 03-5356-5445

②しらさぎ桜苑

- ・苦情解決責任者 かみさぎホーム・しらさぎ桜苑／施設長 樋口 実
- ・受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後17時
- ・電話番号 03-3389-5593

- (2) かみさぎホームオンブズマンに郵送で苦情を申し立てることができます。

- ①佐伯 利明 委員 東京都中野区上鷺宮3-14-9
- ②谷口 敏彦 委員 東京都中野区鷺宮5-6-7-401
- ③伊藤 清美 委員 東京都中野区上鷺宮1-4-6

- (3) その他

中野区介護保険分野事業者指導調整担当 電話 03-3228-8878
東京都国民健康保険団体連合会苦情相談窓口 電話 03-6238-0177

11. 利用料およびキャンセル料

- (1) 利用料金およびキャンセル料は「利用料金表」（別表1）のとおりです

$$\boxed{\text{利用料}} = \text{保険単位数合計} \times \text{単位数単価 (10.9 円/単位)} - \text{保険請求額}$$

- *送迎代金は基本料金に含まれます。送迎を実施しない場合には、片道 47 単位を減算いたします。
- *一か月毎の利用料請求では介護報酬の計算都合上、総額において数円の差が生じることがあります。

《介護保険適用外の自己負担料金》

- *食事提供費として 1 食 650 円（おやつ代含）をいただきます。
- *活動は選択できますが、活動内容によっては、アクティビティサービス費として材料費等の実費相当をご負担いただきます。
- *キャンセル料は、ご利用前営業日の午後 3 時以降に発生します。（食事提供の同等額として 650 円を いただきます）

（2）支払いは請求後 30 日以内にお支払いください。

（3）利用予定日の利用前営業日の午後 3 時までに欠席のご連絡がない場合には、キャンセル料をご負担いただきます。

1 2. 利用上の注意事項

（1）送迎

交通事情により到着予定時刻が定刻より多少前後する場合がありますので、予めご了承ください。
なお、10 分以上の遅延が見込まれる場合には、ご連絡いたします。

（2）健康管理

- ①ご利用前に体調のご確認をお願いいたします。
- ②サービス利用中に体調が悪くなった場合には、ご家族にご連絡して必要な措置をとらせていただきます。
- ③活動性の肺炎、結核、疥癬等の伝染性疾患の方はご利用できません。また、必要に応じて医師の診断書を提出していただく場合があります。

通所介護サービスの提供に際し、当事業所（氏名）が本書面に基づき重要事項の説明をしました。

上記の契約を証するため、本書２通を作成し、利用者、事業者が署名の上１通ずつ保有するものとします。
今後重要事項の変更が生じた場合、その都度、別文書によりお知らせさせていただきます。

令和 年 月 日
利用者

＜住所＞

＜氏名＞

利用者の家族等

＜住所＞

＜氏名＞

＜利用者との関係＞

別表 1

利用料金表

令和 6 年 6 月 1 日より

		利用単位	利用料金	介護保険適用時 自己負担額(1割)	介護保険適用時 自己負担額(2割)	介護保険適用時 自己負担額(3割)
地域密着型通所介護 3 時間以上 4 時間未満						
要介護 1	1 回	416 単位	4,534 円	453 円	906 円	1,360 円
要介護 2	1 回	478 単位	5,210 円	521 円	1,042 円	1,563 円
要介護 3	1 回	540 単位	5,886 円	588 円	1,177 円	1,765 円
要介護 4	1 回	600 単位	6,540 円	654 円	1,308 円	1,962 円
要介護 5	1 回	663 単位	7,226 円	722 円	1,445 円	2,167 円
地域密着型通所介護 4 時間以上 5 時間未満						
要介護 1	1 回	436 単位	4,752 円	475 円	950 円	1,425 円
要介護 2	1 回	501 単位	5,460 円	546 円	1,092 円	1,638 円
要介護 3	1 回	566 単位	6,169 円	616 円	1,233 円	1,850 円
要介護 4	1 回	629 単位	6,856 円	685 円	1,371 円	2,056 円
要介護 5	1 回	695 単位	7,575 円	757 円	1,515 円	2,272 円
地域密着型通所介護 5 時間以上 6 時間未満						
要介護 1	1 回	657 単位	7,161 円	716 円	1,432 円	2,148 円
要介護 2	1 回	776 単位	8,458 円	845 円	1,691 円	2,537 円
要介護 3	1 回	896 単位	9,766 円	976 円	1,953 円	2,929 円
要介護 4	1 回	1,013 単位	11,041 円	1,104 円	2,208 円	3,312 円
要介護 5	1 回	1,134 単位	12,360 円	1,236 円	2,472 円	3,708 円
地域密着型通所介護 6 時間以上 7 時間未満						
要介護 1	1 回	678 単位	7,390 円	739 円	1,478 円	2,217 円
要介護 2	1 回	801 単位	8,730 円	873 円	1,746 円	2,619 円
要介護 3	1 回	925 単位	10,082 円	1,008 円	2,016 円	3,024 円
要介護 4	1 回	1,049 単位	11,434 円	1,143 円	2,286 円	3,430 円
要介護 5	1 回	1,172 単位	12,774 円	1,277 円	2,554 円	3,832 円
地域密着型通所介護 7 時間以上 8 時間未満						
要介護 1	1 回	753 単位	8,207 円	820 円	1,641 円	2,462 円
要介護 2	1 回	890 単位	9,701 円	970 円	1,940 円	2,910 円
要介護 3	1 回	1,032 単位	11,248 円	1,124 円	2,249 円	3,374 円
要介護 4	1 回	1,172 単位	12,774 円	1,277 円	2,554 円	3,832 円
要介護 5	1 回	1,312 単位	14,300 円	1,430 円	2,860 円	4,290 円
地域密着型通所介護 8 時間以上 9 時間未満						
要介護 1	1 回	783 単位	8,534 円	853 円	1,706 円	2,560 円
要介護 2	1 回	925 単位	10,082 円	1,008 円	2,016 円	3,024 円
要介護 3	1 回	1,072 単位	11,684 円	1,168 円	2,336 円	3,505 円

要介護 4	1 回	1,220 単位	13,298 円	1,329 円	2,659 円	3,989 円
要介護 5	1 回	1,365 単位	14,878 円	1,487 円	2,975 円	4,463 円
		利用単位	利用料金	介護保険適用時 自己負担額(1割)	介護保険適用時 自己負担額(2割)	介護保険適用時 自己負担額(3割)
介護予防地域密着型通所介護						
要支援 1	1 ヶ月	単位	18.224	1,822 円	3,644 円	5,467 円
要支援 2	1 ヶ月	単位	37.365	3,736 円	7,473 円	11,209 円
加算						
入浴介助加算 I (1 回につき)		40 単位	436 円	43 円	87 円	130 円
サービス提供体制 加算 I・イ (要介護)		22 単位	239 円	23 円	47 円	71 円
サービス提供体制 加算 I・イ (要支援 1)		88 単位	959 円	96 円	192 円	288 円
サービス提供体制 加算 I・イ (要支援 2)		176 単位	1,918 円	192 円	384 円	575 円
生活機能向上連携 加算 II		200 単位	2,180 円	218 円	436 円	654 円
若年性認知症利用 者受け入れ加算		60 単位	654 円	65 円	130 円	196 円
ADL 維持等加算 (I)/1 か月		30 単位	327 円	32 円	65 円	98 円
ADL 維持等加算 (II)/1 か月		60 単位	654 円	65 円	130 円	196 円
科学的介護推進体 制加算/1 か月		40 単位	436 円	43 円	87 円	130 円
介護職員処遇改善 加算 I	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している事業 所に対し所定単位数の 92/1000 に相当する単位数を算定					

◎保険給付費の計算方法

- 《1 割負担》 保険請求額=保険単位数合計×単位数単価 (10.9 円/単位) ×給付率 90/100
- 《2 割負担》 保険請求額=保険単位数合計×単位数単価 (10.9 円/単位) ×給付率 80/100
- 《3 割負担》 保険請求額=保険単位数合計×単位数単価 (10.9 円/単位) ×給付率 70/100