

(介護予防・日常生活支援総合事業) 通所介護重要事項説明書

＜令和 6 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相談窓口

電話 048-598-4357 (月曜日～土曜日・午前 10 時～午後 4 時)

担当 栗田 大作

※ご不明な点は、なんでもお尋ね下さい。

2 事業者等概要

①ケアネット熊谷デイサービスセンター概要

施設名称	株式会社ケアネット熊谷サービスセンター
所在地	埼玉県熊谷市中奈良 1224-19
介護保険指定番号	1173100668
サービスを提供する対象地域	熊谷市・深谷市

※上記地域以外の方でもご希望の方は、ご相談下さい。

②同センターの職員体制

区分	資格	常勤・非常勤・兼務
管理者	介護福祉士	1 名
看護職員	看護師・准看護師	1 名以上
機能訓練指導員	理学療法士・看護師・准看護師等	1 名以上
生活相談員	介護福祉士・社会福祉主事	2 名以上
介護職員	介護福祉士・初任者研修・2 級修了者	6 名以上

③営業時間

営業日	月曜日～土曜日 (年末・年始除く)
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 50 分
サービス提供時間	午前 8 時 30 分～午後 4 時 45 分

3 サービス内容

①送迎

②食事

③入浴

④個別機能訓練

⑤生活相談 等

4 利用料金

1) 通所介護 (通常規模型・7 級地・単位数単価＝10.14)

介護保険制度では、要介護認定による要介護の提供時間によって利用料が異なります。原則として基本料金の 1 割又は 2 割の額です。以下は、一日あたりの個人負担分です。

○基本料金（3 時間以上 4 時間未満の場合）

介護度	1 割	2 割
要介護 1	370 円	740 円
要介護 2	423 円	846 円
要介護 3	479 円	958 円
要介護 4	533 円	1,066 円
要介護 5	588 円	1,176 円

○基本料金（4 時間以上 5 時間未満の場合）

介護度	1 割	2 割
要介護 1	388 円	776 円
要介護 2	444 円	888 円
要介護 3	502 円	1,004 円
要介護 4	560 円	1,120 円
要介護 5	617 円	1,234 円

○基本料金（5 時間以上 6 時間未満の場合）

介護度	1 割	2 割
要介護 1	570 円	1,140 円
要介護 2	673 円	1,346 円
要介護 3	777 円	1,554 円
要介護 4	880 円	1,760 円
要介護 5	984 円	1,968 円

○基本料金（6 時間以上 7 時間未満の場合）

介護度	1 割	2 割
要介護 1	584 円	1,168 円
要介護 2	689 円	1,378 円
要介護 3	796 円	1,592 円
要介護 4	901 円	1,802 円
要介護 5	1,008 円	2,016 円

○基本料金（7 時間以上 8 時間未満の場合）

介護度	1 割	2 割
要介護 1	658 円	1,316 円
要介護 2	777 円	1,554 円
要介護 3	900 円	1,800 円
要介護 4	1,023 円	2,046 円
要介護 5	1,148 円	2,296 円

○基本料金（8 時間以上 9 時間未満の場合）

介護度	1 割	2 割
要介護 1	669 円	1,338 円
要介護 2	791 円	1,582 円
要介護 3	915 円	1,830 円
要介護 4	1,041 円	2,082 円
要介護 5	1,168 円	2,336 円

○加算

種別	1 割	2 割
入浴介助加算Ⅰ	40 円	80 円
個別機能訓練（Ⅰ）イ	56 円	112 円
個別機能訓練（Ⅰ）ロ	76 円	152 円
中重度者ケア体制	45 円	90 円
サービス提供体制Ⅲ	6 円	12 円
送迎を行わない場合の減算	片道▲47 円	片道▲94 円
介護職員処遇改善Ⅱ	介護報酬に 9.0%	
延長（9 時間以上 10 時間未満）	50 円	100 円
延長（10 時間以上 11 時間未満）	100 円	200 円
延長（11 時間以上 12 時間未満）	150 円	300 円
延長（12 時間以上 13 時間未満）	200 円	400 円
延長（13 時間以上 14 時間未満）	250 円	500 円

2）介護予防・日常生活支援総合事業

利用料金は 1 ヶ月ごとの定額制です。介護予防・日常生活支援総合事業のサービス計画において位置付けられた支給区分によって次のとおりとなります。

※利用者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所介護計画に定めた期日であっても利用が多かった場合でも、日割りでの割引又は増額はしません。

原則として基本料金の 1 割又は 2 割の額です。

○基本料金

介護度	1 割	2 割
要支援 1	1,798 円（月額）	3,596 円（月額）
要支援 2	3,621 円（月額）	7,242 円（月額）

○加算

種別	1 割	2 割
サービス提供体制Ⅲ要支援 1	24 円（月額）	48 円（月額）
サービス提供体制Ⅲ要支援 2	48 円（月額）	96 円（月額）
介護職員処遇改善Ⅱ	介護報酬に 9.0%	

3）共通料金

○地域区分（7 級地・単位数単価＝10.14）

※1 介護度により 1 回あたりの金額が変更致します。

○食材料費（昼食・飲物・おやつ）及び光熱費・人件費 730 円

※延長対応による夕食の提供については選択して頂き自費での清算となります。

※イベントによる特別食にて発生する費用を個別に頂く場合がございます。

○レクリエーション費

実費

※特別なレクリエーション及び趣味活動等希望される場合によって発生する費用を個別に頂く場合がございます。

○紙おむつ代（1枚あたり）

紙おむつ M	95 円
紙おむつ L	110 円
リハビリパンツ M	90 円
リハビリパンツ L	95 円
尿とりパット レギュラー	20 円

※購入実勢価格により、金額を見直す。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金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市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

5 キャンセル料金

利用当日の午前8時30分以降のキャンセルについては、730円のキャンセル料を頂きます。

6 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、サービス内容の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、適切に対応します。
- 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、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等、必要な措置を講じます。
- ④マシンを使用した筋力向上トレーニングの利用に当たっては、次の既往のある方は利用できない場合があります。又、下記以外でもご利用者の安全を図って頂く上で自己責任を負っていただくこともあります。
 - i 最近6ヶ月以内に心臓発作、脳卒中の発作を起こした。
 - ii 急性肝機能障害、慢性ウィルス性肝炎の活動期である。
 - iii 糖尿病があり、
 - ・過去に低血糖発作を起こしたことがある。
 - ・空腹時血糖が200mg/dl以上である。
 - ・網膜症、腎症などを合併している。
 - iv 血圧が収縮期180mmHg以上または拡張期110mmHg以上である。
 - v 血管疾患やアルツハイマー病などの認知症があり、参加が不可能と思われる場合。
 - vi 何らかの心臓病がある。
 - vii 急性期の整形外科的疼痛、及び神経症状がある。
 - viii 骨粗しょう症で、かつ圧迫骨折の既往がある。

7 ケアネットだより及びケアネットホームページ

サービス提供責任中に撮影した情報は、「ケアネットだより及びケアネットホームページ」等、掲載のみに使用し、第三者に提供いたしません。また、個人情報の目的外利用はいたしません。但し、ケアネットだより或いはケアネットホームページに写真掲載をご希望されない場合はお申し出下さい。

8 支払い方法

毎月、26日（26日が日曜・祝日の場合、翌日）に利用者指定の預金口座より、前月分の利用料金をお支払いいただきます。つきましては、請求書を10日以降に送付しますのでご確認ください。引き落とし確認後、領収書を発行します。また、利用者及び扶養者は、連帯してその利用料を支払う義務を負うものとします。

9 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

利用者及び扶養者は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画に関わらず、本契約書に基づくサービス利用を解除・終了することができます。この場合、利用者及び扶養者は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。但し、利用者が正当な理由なく、デイサービス利用時間中に利用中止を申し出た場合については、その日の基本料金及びその他ご利用頂いた費用を当施設にお支払い頂きます。

②当社の都合でサービスを終了する場合

当施設は、利用者及び家族代表に対し、次に掲げる場合は本契約に基づくデイサービスの利用を解除・終了することができます。

- i 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ii 利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
- iii 利用者及び扶養者が、本契約に定める利用料金を1ヶ月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、10日間以内に支払われない場合
- iv 利用者の病状・心身状態等著しく悪化し、当施設での適切なデイサービスの提供を超えると判断された場合
- v 利用者又は扶養者が、当施設の職員又は他の利用者に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- vi 天災・災害・施設設備の故障・その他やむを得ない理由により、ご利用いただくことができない場合

③その他

- i 利用者が介護保険施設に入所された場合
- ii 利用者が死亡された場合

10 当施設のサービス

運営方針

＜目的＞ 株式会社ケアネットが行う指定通所介護事業（以下事業という）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員又は看護職員等の従事者（以下通所介護従事者という）が、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とします。

＜方針＞ 事業所の通所介護従業者は、要介護等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介助等日常生活上必要な世話及び機能訓練を行う。また、事業の実施に当たっては関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保険・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。また、介護事業を通じ高齢化社会に貢

献し、介護保険制度の発展に努めるものとします。

1 1 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護及び虐待の防止等のために、次に上げるとおり必要な処置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者 栗田 大作

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情処理体制を整備しています。

(4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催すると共に、その結果について従業員に十分に周知します。虐待の防止のための方針を整備し、虐待の防止のための研修を定期的に開催します。

(5) 相談報告体制に関する基本方針教育を行います。

1 2 緊急時・苦情の連絡先および事故発生時の対応

①緊急の場合には、別紙にご記入いただいた連絡先に連絡いたします。尚、当施設には介護支援に関する専門職として下記の相談員が勤務していますので、ご連絡下さい。

相談員：栗田 月曜日～土曜日 048-598-4357

②サービス内容に対する要望や苦情等もお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

お客様相談・苦情担当

管理者兼生活相談員：栗田 月曜日～土曜日 048-589-4357

当社以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

熊谷市長寿いきがい課 電話 048-524-1111 (代)

深谷市長寿福祉課 電話 048-574-8544 (代)

大里広域市町村圏組合介護保険課 電話 048-501-1330 (代)

埼玉県国民健康保険団体連合会 電話 048-824-2568 (直)

③事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡を行い、必要な措置を講じます。

賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

1 3 非常災害対策

防災設備：煙感知器、消火器、消火栓、通報装置設置

防災訓練：年2回定期的に避難、救出その他の訓練を行います。

1 4 当施設の概要

名称・法人種別	株式会社 ケアネット
代表者役職・氏名	代表取締役 佐藤 彰彦
本社所在地	川崎市中原区上小田中4丁目1番1号
事業所数	居宅介護支援 7ヶ所 訪問介護 6ヶ所 通所介護 9ヶ所 福祉用具 6ヶ所 短期入所生活介護 4ヶ所

15 その他

契約する場合は、以下の確認をすることとします。

(介護予防・日常生活支援総合事業) 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。

重要事項説明日 令和 年 月 日

事業者

＜事業者名＞ 株式会社ケアネット熊谷サービスセンター
(介護保険事業者番号 1173100668)

＜所在地＞ 埼玉県熊谷市中奈良 1224-19

＜管理責任者＞ 株式会社ケアネット熊谷サービスセンター

センター長 佐藤 貴幸 印

＜説明者＞ 株式会社ケアネット熊谷サービスセンター

管理者兼生活相談員 栗田 大作 印

私は、本書面により、事業者から（介護予防・日常生活支援総合事業）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

家族代表

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印