

カノープス☆デイサービスセンター 通所介護及び介護予防通所介護
重要事項説明書

令和3年10月1日現在

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話：048-501-8680

担 当：三枝 幸雄

* ご不明な点は、ご遠慮なくお問い合わせください。

2 概要

(1) 提供できるサービスの種類

事業所名称	カノープス☆デイサービスセンター
所在地	埼玉県羽生市大字本川俣1384番地1
介護保険指定番号	1173900679
通常の事業の実施地域	羽生市

(2) 職員体制 令和3年10月1日現在

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護支援 専門員	1名(兼務)		管理者	1名
生活相談員	介護支援 専門員 介護福祉士	3名(兼務)		生活相談員	3名
機能訓練指導員	准看護師	1名(兼務)		機能訓練	1名
介護 看護 職員	正看護師	0名			0名
	准看護師	1名(兼務)		看護	1名
	介護福祉士	2名(兼務) 3名(専従)		介護	5名
	ヘルパー2級以上	0名(専従)		介護	0名
	資格なし	0名			0名

(3) 設備概要

定員	30名	静養室	1室
食堂及び 機能訓練室	105.41㎡	相談室	1室
浴室	一般浴槽・特別浴槽	送迎車	2台

(4) 営業時間

午前8時30分～午後5時30分（サービス提供時間 午前9時15分から午後4時30分）

(5) 定休日

土曜日、日曜日、年末年始（1月1日～1月3日）

3 サービス内容

「居宅サービス計画」に沿って、「通所介護計画」及び「介護予防通所介護計画」を作成し、次のようなサービスを提供します。

- (1) 送迎：送迎を必要とする利用者に対し、送迎サービス、移動、移乗介助等を行います。
送迎エリア外利用者をご相談ください。
- (2) 入浴：利用者の状態に合せ介助浴等を提供します。
- (3) 機能訓練：介護計画に沿って、機能訓練室等において機能低下を防ぎ日常生活に必要な基本動作訓練を行います。
- (4) 趣味活動：利用者の希望に沿って諸活動を行います。
- (5) 生活相談：利用者およびその家族の日常生活における介護、環境整備、手続関係等に関する相談、助言を行います。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

担当のケアマネージャーにご相談下さい。その後、相談員がご説明に伺います。

(2) サービスの終了

- ① 利用者は事業者に対して、1週間の予告期間を置いて文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変や急な入院など、やむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でも、この契約を解約することができます。
- ② 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して1ヶ月間の予告期間において、理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- ③ 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - (ア) 事業者が正当な理由なく、サービスを提供しない場合
 - (イ) 事業者が守秘義務に違反した場合
 - (ウ) 事業者が利用者や家族などに対し、社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - (エ) 事業者が破産した場合
- ④ 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - (ア) 利用者のサービス利用料金の支払いが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日以内に支払われない場合
 - (イ) 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、又は利用者の入院若しくは病気などにより、3ヶ月以上に渡って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

(ウ)利用者又はその家族等が事業者やサービス従業者又は他の利用者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

⑤ 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

(ア)利用者が介護保険施設に入所した場合

(イ)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

(ウ)利用者が死亡した場合

(3) 利用料

【別紙】参照

5 当事業所の通所介護の特徴等

(1) 事業の目的

一般社団法人羽生市医師会が開設する指定通所介護事業所「カノープス☆デイサービスセンター」が行う通所介護事業及び介護予防通所介護事業の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所介護及び介護予防通所介護を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

事業の実施にあつては、利用者の意思および人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。また、利用者のもっている能力に応じた自立した生活ができるように援助いたします。施設の持つ様々な機能を生かして、施設全体で利用者の生活を援助します。

(3) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
男性介護職員配置の有無	無	
時間延長の可否	無	
職員への研修の実施	有	年1回以上実施している。

(4) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎について：到着前にお電話します。交通事情等により、予定の送迎時間と異なる場合があります。
- ・体 調 確 認：送迎時や、事業所に到着したときに利用者の体調等の確認をします。高熱等の体調不良によりサービスをご利用できない場合があります。
- ・サービスの中止：利用者の都合でサービスを中止する場合、キャンセル料がかかる場合があります。【別紙】参照
- ・利 用 の 変 更：利用曜日や時間帯についての変更を希望される方は、ご遠慮なくご相談ください。ただし、定員等の都合により、ご希望に添えない場合もあります。
- ・設備・器具の利用：当事業所の設備、器具のうち利用や、貸出し可能のものもありますので、ご相談ください。

6 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、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先 電話番号	
ご家族	氏名	
	連絡先 電話番号	

7 事故発生時の対応方法

サービスの提供中に何らかの事故が発生した場合は、直ちに主治医・親族に連絡し、治療が必要な場合は、救急隊・管理者に連絡し、経過及び結果を市区町村に報告します。又、損害賠償が発生した時には速やかに対応します。

8 非常災害対策

- ・防災の対応：消防計画に基づき、速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
- ・防災設備：防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設けます。
- ・防災訓練：消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、職員および利用者が参加する消火通報、避難訓練を年間計画で実施します。

9 サービス内容に関する苦情

通所介護に関する相談、要望、苦情等は相談窓口担当までお申し込みください。

担当 三枝 幸雄

電話 048-501-8680 FAX 048-562-5030

受付時間 午前8時30分～午後5時30分（月曜日～金曜日）

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会等に相談、苦情を伝えることができます。

羽生市市民福祉部 高齢介護課 介護保険係 電話 048-669-6068(直通)

埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 電話 048-824-2568

10 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取り組み			あり
埼玉県福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

11 事業所の概要

法人名称 一般社団法人羽生市医師会

代表者 会長 太田 万郷

法人本部所在地 〒348-0051 埼玉県羽生市大字本川俣1305番地

電話番号 048-561-5539

法人設立 平成8年4月1日

【重要事項別紙】

1. 担当者 : 三枝 幸雄
 連絡先 : 048-501-8680

2. 通所介護の内容

- ・利用日 通所介護計画及び介護予防通所介護計画のとおり
- ・利用時間 通所介護計画及び介護予防通所介護計画のとおり
- ・利用可能設備等 食堂・機能訓練室・多目的室
 相談室・静養室
 浴室（一般浴槽・特別浴槽）・便所（車椅子対応）
 送迎車
- ・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、送迎、食事の提供、入浴介助活動、機能回復訓練その他必要な介護を行います。

3. 料 金

当施設の利用料金には、**介護職員処遇改善加算(Ⅱ)の4.3%を総単位数に乗算したものが加算されています。**また、当施設の所在地である羽生市は6級地に該当し、1単位の単価は10.27円です。以下の参考金額は便宜上、介護職員処遇改善加算、地域区分単価を含めての表示となっており、これらの金額は、端数処理により若干異なる場合があります。

利用者負担金 = ①基本料金 + ②加算 の1割（※又は2割か3割）

※負担割合は、市区町村から交付される介護保険負担割合証に記載されています。

《通常規模型通所介護利用料》

① 基本料金

【3時間以上4時間未満】

地域区分別 1単位の単価（6級地）10.27円

	一日あたりの単位	一日あたりの 費用総額	一日あたりの 自己負担参考金額		
			負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要介護1	368単位/日	3,943円	395円	789円	1,183円
要介護2	421単位/日	4,508円	451円	902円	1,353円
要介護3	477単位/日	5,114円	512円	1,023円	1,535円
要介護4	530単位/日	5,679円	568円	1,136円	1,704円
要介護5	585単位/日	6,264円	627円	1,253円	1,880円

【4時間以上5時間未満】

	一日あたりの単位	一日あたりの 費用総額	一日あたりの 自己負担参考金額		
			負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要介護1	386単位/日	4,138円	414円	828円	1,242円
要介護2	442単位/日	4,734円	474円	947円	1,421円
要介護3	500単位/日	5,360円	536円	1,072円	1,608円
要介護4	557単位/日	5,966円	597円	1,194円	1,790円
要介護5	614単位/日	6,572円	658円	1,315円	1,972円

【5時間以上6時間未満】

	一日あたりの単位	一日あたりの 費用総額	一日あたりの 自己負担参考金額		
			負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要介護1	567単位/日	6,069円	607円	1,214円	1,821円
要介護2	670単位/日	7,178円	718円	1,436円	2,154円
要介護3	773単位/日	8,277円	828円	1,656円	2,484円
要介護4	876単位/日	9,386円	939円	1,878円	2,816円
要介護5	979単位/日	10,485円	1,049円	2,097円	3,146円

【6時間以上7時間未満】

	一日あたりの単位	一日あたりの 費用総額	一日あたりの 自己負担参考金額		
			負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要介護1	581単位/日	6,223円	623円	1,245円	1,867円
要介護2	686単位/日	7,343円	735円	1,469円	2,203円
要介護3	792単位/日	8,483円	849円	1,697円	2,545円
要介護4	897単位/日	9,612円	962円	1,923円	2,884円
要介護5	1,003単位/日	10,742円	1,075円	2,149円	3,223円

【7時間以上8時間未満】

	一日あたりの単位	一日あたりの 費用総額	一日あたりの 自己負担参考金額		
			負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要介護1	655単位/日	7,014円	702円	1,403円	2,105円
要介護2	773単位/日	8,277円	828円	1,656円	2,484円
要介護3	896単位/日	9,602円	961円	1,921円	2,881円
要介護4	1,018単位/日	10,906円	1,091円	2,182円	3,272円
要介護5	1,142単位/日	12,231円	1,224円	2,447円	3,670円

※ 上記時間は送迎時に実施しました居宅内介助（電気等の点消灯、窓・ドアの施錠、ベッドへの移乗等）の時間も含まれます。

※ 送迎を行わない場合は、一日あたり利用料金から、片道503円が差し引かれます。但し、介護保険適用時の自己負担額における差し引き額は負担割合1割**51円**、2割**101円**、3割**151円**です。

② 加算（該当する場合に加算されます）

・入浴介助加算（I）

1日あたり431円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**44円**、2割**87円**、3割**130円**です。

・口腔機能向上加算（I）

1回あたり1,602円（月2回まで）。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**161円**、2割**321円**、3割**481円**です。

・栄養改善加算

1回あたり2,146円（月2回まで）。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**215円**、2割**430円**、3割**644円**です。

・サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

1回あたり236円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**24**円、2割**48**円、3割**71**円です。

・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

基本サービス費に各加算・減算を加えた一月当たりの総単位数に4.3%の加算率を乗じた額を加算。

《介護予防通所介護相当サービス利用料》

① 基本料金

	一ヶ月あたりの 利用料金	介護保険適用時の 一ヶ月あたりの自己負担額		
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
チェックリスト該当者 要支援1	17,910円	1,791円	3,582円	5,373円
要支援2	36,715円	3,672円	7,343円	11,015円

② 加算(該当する場合には加算されます)

・口腔機能向上加算(Ⅰ)

1月あたり1,602円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**161**円、2割**321**円、3割**481**円です。

・栄養改善加算

1月あたり2,146円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**215**円、2割**430**円、3割**644**円です。

・サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

チェックリスト該当者・要支援1は1月あたり944円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**95**円、2割**189**円、3割**284**円です。

要支援2は1月あたり1,889円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**189**円、2割**378**円、3割**567**円です。

・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

基本サービス費に各加算・減算を加えた一月当たりの総単位数に4.3%の加算率を乗じた額を加算。

以下は、全額自己負担していただきます。

おむつ代/1枚：紙おむつM**110**円、紙おむつL**130**円、リハビリパンツML**130**円、
リハビリパンツLL**140**円、尿とりパット**30**円

昼食：**650**円(おやつ代、飲み物代含む)

送迎費：
：通常の事業の実施地域(羽生市)から片道**10**キロ未満 **165**円/片道
：通常の事業の実施地域(羽生市)から片道**10**キロ以上 **215**円/片道
※通常の事業の実施地域(羽生市)以外の地域に居住する方が送迎を依頼した場合にお支払い頂きます。

4. 支払方法

利用料金一部負担金及び自己負担金のお支払いは、引き落とし、もしくは協議の上、現金、振込とさせていただきます。

振込先：埼玉縣信用金庫

お支払確認後、領収書を交付いたします。

5. キャンセル料

ご利用者様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。

利用日の前営業日午後5時30分までにご連絡が無かった場合、利用料の50%

※当日の急変、やむを得ない事情の場合は除きます。

個人情報の利用目的

指定通所介護事業所カノープス☆デイサービスセンターでは、利用者様の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者様への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔当事業所内部での利用目的〕

- ・利用者様に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者様に係る当事業所の管理運營業務のうち
 - －通所介護計画書作成等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者様の介護サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当事業所が利用者様に提供する介護サービスのうち
 - －主治医、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、保険者等との連携、照会への回答
 - －ご家族様への病状並びに心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等
- ・当施設の管理運營業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

〔上記以外の利用目的〕

- ・当事業者において行われる学生の実習への協力

- ・当事業者において行われる事例研究

通所介護及び介護予防通所介護相当サービス重要事項についての同意書

本書面の内容を証するため、本書2通を作成し、利用者、身元引受人及び当施設が署名又は記名捺印のうえ各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所所在地 〒348-0051 埼玉県羽生市大字本川俣1384番地1

事業所名 カノープス☆デイサービスセンター

説明者 氏 名

印

私は、契約書および本書面により、事業所から通所介護等について重要事項及び個人情報利用目的の内容に関して、担当者による説明を受け十分に理解し、利用者及びその家族の個人情報について必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

利用者

住 所

氏 名

印

家族

住 所

氏 名

印 (利用者との関係)

利用者は身体の状況等によって署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆いたしました。

代理人

住 所

氏 名

印 (利用者との関係)