

地域密着型通所介護重要事項説明書

＜令和 7 年 4 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 048-729-1241（9時～16時）

担当 野本 邦夫

＊ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 べに花の郷の概要

（１）提供できるサービスの種類 地域密着型通所介護サービス及び付随サービス

（２）施設の名称及び所在地等

施設名称	べに花の郷
所在地	埼玉県桶川市坂田516番地1
介護保険指定番号	1175200078
サービスを提供する対象地域	桶川市

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

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1名（1）		サービス管理全般	1名（1）
生活相談員	2名（ ）	名（ ）	生活上の相談等	2名（ ）
機能訓練指導員	1名（ ）	名（ ）	リハビリテーション・機能回復訓練等	1名（ ）
事務職員	1名（ ）	名（ ）	一般事務・料金請求等	1名（ ）
看護介護職員	看護婦（士）	1名（ ）	医療、健康管理業務等	1名（ ）
	准看護婦（士）	名（ ）		名（ ）
	介護福祉士	1名（ ）	日常介護業務等	2名（ ）
	1～2級修了者	名（ ）		名（ ）
	初任者研修修了者	1名（ ）		1名（ ）
	その他	2名（2）		2名（2）

（ ）内は男性再掲

（４）同センターの設備の概要

定員	18名	静養室	1室
食堂・機能訓練室	1室	相談室	1室

浴室	一般浴槽と特殊浴槽 があります。	送迎車	4 台

(5) サービス時間

月曜日～金曜日	9：00～17：00 (お盆期間3日間、12／30～1／3を除く)
---------	--------------------------------------

緊急連絡先 048-729-1241

3 サービス内容

地域密着型通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護を行います。

4 料金

(1) 利用料金

①基本料金

【地域密着型：2時間以上3時間未満】(日額)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数(日)	305	351	396	440	487
1割負担金	313円	360円	407円	452円	500円

【地域密着型：3時間以上4時間未満】(日額)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数(日)	416	478	540	600	663
1割負担金	427円	491円	555円	616円	681円

【地域密着型：4時間以上5時間未満】(日額)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数(日)	436	501	566	629	695
1割負担金	448円	515円	581円	646円	714円

【地域密着型：5時間以上6時間未満】(日額)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数(日)	667	776	896	1,013	1,134
1割負担金	685円	797円	920円	1,040円	1,165円

【地域密着型：6時間以上7時間未満】(日額)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数(日)	678	801	925	1,049	1,172
1割負担金	696円	823円	950円	1,077円	1,204円

【地域密着型：7時間以上8時間未満】（日額）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数(日)	753	890	1,032	1,172	1,312
1割負担金	773円	914円	1,060円	1,204円	1,347円

②加算減算利用料金

1. 入浴介助加算Ⅰ(40単位) 1回あたり自己負担額は41円です。
2. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(22単位) 1回あたり自己負担額は23円です。
3. 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ(6ヵ月に1回；20単位) 1回あたり自己負担額は21円です。
4. 若年性認知症入所者受入加算(60単位) 1日につき自己負担額は62円です。
5. 送迎減算(片道)(-47単位) 送迎を行わない場合は、片道につき減算します。
6. 同一建物減算(-94単位) 同一建物から利用する者に減算します。

③介護職員処遇改善加算(Ⅰ)：1月につき所定単位の5.9%(59/1000)

④介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)：1月につき所定単位の1.2%(12/1000)

⑤介護職員等ベースアップ等支援加算：1月につき所定単位の1.1%(11/1000)

⑥地域加算：地域区分6級地・地域単価10.27円

⑦自己負担料金

1. 食費 1食あたり650円。(全額自己負担)
2. 利用料(日用品費・教養娯楽費等) 1日あたり200円。(全額自己負担)

⑧その他 おむつ代、レクリエーションに係る費用等は自己負担となります。

⑨一定以上所得のある方は、サービス利用時の負担割合が2割・3割となります。

・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に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いただき、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に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(2) キャンセル料

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 ご利用日の当日8時00分までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の当日8時00分までにご連絡がなかった場合	1,000円

(3) 支払方法

毎月、10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。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当施設職員がお伺いいたします。

地域密着型通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前にその介護支援専門員とご相談ください。

(2) 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1週間前までに文書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日前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、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……入所日の翌日
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または、要支援(1)、同(2)と認定された場合……非該当等となった日
- ・ 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、利用者ご家族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2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、または利用者やご家族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場合がございます。

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は、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速やかに連絡いたします。

7 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、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険社会福祉事業者総合保険

8 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火責任者）をおき、非常災害対策に関する取り組みを行います。

防火責任者：管理者 野本邦夫

- (2) 非常災害対策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、連携体制を整備し、定期的に職員に周知します。

- (3) 定期的に避難、救助その他必要な訓練を行います。

9 サービス提供に関する相談、苦情

- (1) 苦情処理の体制

① サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

- (2) 苦情相談窓口

- | | | | | |
|---|---------------|--------------|----------|--------------|
| 1 | 地域密着型通所介護 | べに花の郷 | 担当者等：施設長 | 野本 邦夫 |
| | 電話番号 | 048-729-1241 | | |
| | ・苦情解決責任者 | 施設長 | 野本 | 邦夫 |
| | ・苦情受付担当者 | 生活相談員 | 稲見 | 恵子 |
| | | 生活相談員 | 渋谷 | 優未 |
| | ・第三者委員 | 高橋 富雄 | 電話番号 | 048-728-4918 |
| | | 野村 佳子 | 電話番号 | 048-728-0140 |
| | (受付時間 | 10時から16時) | | |
| 2 | 桶川市 | | | |
| | 電話番号 | 048-786-3211 | | |
| 3 | 埼玉県国民健康保険団体連合 | | | |
| | 電話番号 | 048-824-2568 | | |

10 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早

めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。
(2) 主治の医師から指示事項がある場合は申し出てください。

令和 年 月 日

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、下記利用者様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 埼玉県桶川市坂田 5 1 6 番地 1

名 称 社会福祉法人 明和会 印

説明者 べ に 花 の 郷
施設長 野 本 邦 夫 印

説明者 印

私は、契約書及び本書面により、上記事業者から地域密着型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

代 理 人 住所
(続柄) 氏名

印