

きさらぎデイサービスセンター
 通所介護・指定介護予防通所サービス 重要事項説明書
 <令和6年6月1日 現在 >

1. 事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 053-414-6005（8時30分～17時30分まで）

担当 山口 寿子 （管理者）

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. きさらぎデイサービスセンターの概要

(1) 事業者（法人）及び事業所の概要と運営の方針

事業所名	きさらぎデイサービスセンター
所在地	静岡県浜松市中央区花川町818番地の1
電話番号	053-414-6005
法人種別及び名称	社会福祉法人慶成会
管理者	山口 寿子
指定年月日	平成20年3月1日
介護保険指定番号	第2277200297号
交通の便	遠鉄バス（浜松駅16番乗り場） <ul style="list-style-type: none"> ・長栄寺入口バス停より徒歩10分 ・東山苑前バス停より徒歩3分
サービスを提供する地域	浜松市中央区 葵西、葵東、小豆餅、伊左地町、泉、泉町、大久保町 大人見町、大山町、神ヶ谷町、上島、神原町、舘山寺町 協和町、呉松町、湖東町、古人見町、幸、桜台、佐浜町 庄内町、庄和町、白洲町、高丘北、高丘西、高丘東 豊岡町、西丘町、西山町、根洗町、萩丘、初生町 花川町、東三方町、曳馬、曳馬町、平松町、深萩町 三方原町、村櫛町、雄踏、雄踏町、和光町、和地町 浜松市浜名区 細江町、都田町
運営の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護等の提供に当たっては、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、生活機能の維持又は向上を目指し、社会的孤立感の解消並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。 ・事業の実施に当たっては、市、居宅介護支援事業者等その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(2) 事業所の従業者の体制 及び施設概要

員数			
管理者	1名	定員	35名
生活相談員	1名以上	食堂および娯楽室	107.77㎡
看護職員	1名以上	機能訓練コーナー	40.15㎡
介護職員	5名以上	浴室	個浴3か所（内リフト浴1か所）
機能訓練指導員	1名以上	その他	相談室：8.73㎡ 静養室：40㎡

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日までとする。 ただし、12月31日～1月3日までは除く。
営業時間	8時30分から17時30分までとする。
サービス提供時間	9時から16時15分までとする。

3. サービス内容

- | | |
|------------|---------------------------------|
| ①日常生活上の援助 | 身体状況に適切な介護を行います。 |
| ②健康状態の確認 | 看護職員が健康管理を行います。 |
| ③入浴 | 身体状況に適した入浴介助を行います。 |
| ④個別機能訓練 | 日常生活に必要な機能の減退を防止するための機能訓練を行います。 |
| ⑤送迎 | 身体状況などに合わせて、事業所の送迎車にて送迎を行います。 |
| ⑥食事提供 | 食事及びおやつを提供を行います。 |
| ⑦相談援助 | 利用者の介護に関するご相談などを行います。 |
| ⑧レクリエーション等 | 身体状況などに合ったレクリエーション等を行います。 |

4. 利用料金

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、「介護保険負担割合証」の割合に応じた額となります。下記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

但し、支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 基本報酬

(i) 要介護1～5 通常型通所介護（7時間以上8時間未満）

基本報酬の区分	単位数	利用料 ※単位数×10.14円	利用者負担 (1割負担の場合)
要介護1	658単位/日	6,672円/日	668円/日
要介護2	777単位/日	7,878円/日	788円/日
要介護3	900単位/日	9,126円/日	913円/日
要介護4	1,023単位/日	10,373円/日	1,038円/日
要介護5	1,148単位/日	11,640円/日	1,164円/日

(ii) 要支援1～2、事業対象者 介護予防通所サービス

基本報酬の区分	単位数	利用料 ※単位数×10.14円	利用者負担 (1割負担の場合)
事業対象者 要支援1・2	週1回程度	1,798単位/月	18,231円/月
要支援2	週2回程度	3,621単位/月	36,716円/月

(2) 加算

要件を満たす場合、以下の料金が加算されます。

(i) 要介護1～5 通常型通所介護

加算報酬の区分	単位数	利用料 ※単位数×10.14円	利用者負担 (1割負担の場合)
入浴介助加算Ⅰ	40単位/日	405円/日	41円/日
個別機能訓練加算Ⅰイ	56単位/日	567円/日	57円/日
個別機能訓練加算Ⅰロ	76単位/日	770円/日	77円/日
個別機能訓練加算Ⅱ	20単位/月	202円/月	21円/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回を限度)	20単位/回	202円/回	21円/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)	5単位/回	50円/回	5円/回
口腔機能向上加算Ⅰ(月2回まで)	150単位/回	1,521円/回	153円/回
口腔機能向上加算Ⅱ(月2回まで)	160単位/回	1,622円/回	163円/回
科学的介護推進体制加算	40単位/月	405円/月	41円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位/日	60円/日	6円/日
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	利用単位数の合計の1,000分の90に相当する単位数		

(ii) 要支援1～2、事業対象者 介護予防通所サービス

加算報酬の区分	単位数	利用料 ※単位数×10.14円	利用者負担 (1割負担の場合)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回を限度)	20単位/月	202円/月	21円/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)	5単位/月	50円/月	5円/月
口腔機能向上加算Ⅰ(月2回まで)	150単位/日	1,521円/日	153円/日
口腔機能向上加算Ⅱ(月2回まで)	160単位/日	1,622円/日	163円/日
科学的介護推進体制加算	40単位/月	405円/月	41円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ (事業対象者・要支援1の場合)	24単位/月	243円/月	25円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ (要支援2、週1回程度の場合)	24単位/月	243円/月	25円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ (要支援2・週1回程度を超える場合)	48単位/月	486円/月	49円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	利用単位数の合計の1,000分の90に相当する単位数		

(3) 減算

下の要件に該当する場合、料金が減算されます。

(i) 要介護1～5

減算報酬の区分	単位数	利用料 ※単位数×10.14円	利用者負担 (1割負担の場合)
送迎を行わない場合の減算(片道につき)	△47単位	△476円	△48円

(ii) 要支援1～2、事業対象者

減算報酬の区分	単位数	利用料 ※単位数×10.14円	利用者負担 (1割負担の場合)
送迎を行わない場合の減算(片道につき)	△47単位	△476円	△48円

(4) その他の費用

① 昼食代（おやつ代を含む）

1食あたり 680円

但し、特別な食事の場合、要した費用の実費となります。

② オムツ代

・紙パンツ 150円/枚 ・尿取りパット 50円/枚

③ その他

・お灸材料費 15円/個 ※希望される方のみ
・レンタルタオル代 50円/回 ※入浴時、利用を希望される方のみ

上記他、レクレーションにかかる費用、個別使用物品の費用は自己負担となります。

(5) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。（連絡先 電話 053-414-6005）

ご利用の前日17時30分までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用の前日17時30分までにご連絡いただけなかった場合	(昼食代として) 680円

5. 料金のお支払い方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、20日まで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、口座自動引き落としを基本とさせていただきますが、銀行振込、現金でのお支払いをご希望される場合はご相談下さい。

6. サービスの終了について

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書又は口頭でお申し出下さい。

② 事業所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1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・利用者の要介護状態区分が非該当（自立）と認定され、基準非該当となった場合（但し、事業対象者を除く）
- ・利用者が（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、又は（介護予防）認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合
- ・利用者が死亡した場合

④ その他

- ・事業所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、利用者又はその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、事業所が破産した場合は、文書又は口頭で解約を通知することによって利用者は、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3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7日以内に支払わない場合、利用者又はその家族などが事業所の従業者や他利用者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知をすることにより、事業者は即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

7. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- ・共用の施設・設備を利用するのにあたっては、事業所の従業者の指示に従ってください。
- ・複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治の医師に連絡する等の必要な措置を講じます。

9. 非常災害対策

- ・非常災害に備えて避難、救出を含め、その他必要な訓練を開催します。
- ・防災計画に基づき、施設の整備、職員教育を行います。
- ・下記の防災訓練には利用者も参加していただきます。
- ・防災訓練 年2回
- ・防火責任者 山口 寿子

10. サービス内容に関する苦情

(1) 事業所の窓口

受付担当窓口（担当者）： 山口 寿子 電話 053-414-6005
解決責任者： 小澤 吉章 電話 053-414-6001
受付時間： 月曜日～土曜日 8：30～17：30

(2) 事業所以外の窓口

浜松市 介護保険課 電話 053-457-2875
所在地： 浜松市中央区元城町103番地の2
受付時間 平日のみ 8：30～17：15

浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 中央区役所内
電話 053-457-2324
所在地： 浜松市中央区元城町103番地の2
受付時間 平日のみ 8：30～17：15

浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 西行政センター内
電話 053-597-1119

所在地： 浜松市中央区雄踏一丁目31番1号
受付時間 平日のみ 8:30~17:15

浜松市浜名福祉事業所 長寿保険課 北行政センター内
電話 053-523-2863

所在地： 浜松市浜名区細江町気賀305番地
受付時間 平日のみ 8:30~17:15

静岡県国民健康保険団体連合会 電話 054-253-5590

所在地： 静岡市葵区春日二丁目4番34号
受付時間 平日のみ 9:00~17:00

11. 事故発生時の対応

- ・指定通所介護サービス・介護予防通所サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の居宅介護支援事業者等及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・事業所及び従業者に過失がある場合にはその損害を賠償します。
- ・利用者の責に帰すべき事由によって事業所が損害を被った場合、利用者及びその家族は連帯してその損害を賠償することがあります。
- ・事業所は、万が一の事故発生に備えて、損害賠償責任保険に加入しています。

12. 秘密の保持（プライバシーの厳守）

- ・従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持します。
- ・サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いる場合は予め同意を得ます。

13. 実習生の受け入れについて

事業所は将来の福祉人材の育成のため、実習生の受け入れを社会的使命と考え、学生の受け入れをしています。

利用者の個人情報保護については十分に配慮し、実習生から個人情報守秘についての誓約書をとるとともに、開示に際しては可能な限り匿名化の処理を施します。

14. 人権擁護・虐待防止への取り組み

利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のため、管理者を責任者とし、必要な職員研修を実施するとともに、地域包括支援センター等との連携を図ります。

15. 感染症対策への取り組み

当事業所において感染症の発生やまん延が生じないように、感染防止策の構築、感染対策委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等、必要な措置を講じます。

16. 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

個人情報使用同意書

私及び家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的

- ① きさらぎデイサービスセンター（以下「事業者」という。）が、介護保険法に関する法令に従い、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護保険施設関係者、主治医意見書を記載した医師等（以下「事業者等」という。）が介護サービス計画または介護予防サービス計画等の作成のために行うサービス担当者会議等において必要な場合
- ② 上記以外の場合でも関係機関へ情報提供が必要な場合
- ③ 急な体調不良や怪我等で、医療機関に受診及び入院する際に担当の医師や看護師等の医療関係者への説明や情報提供が必要な場合

2. 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は「1」に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう、細心の注意を払うこと
- ② 事業者は個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておくこと

3. 個人情報の内容

- ① 氏名、住所、健康状態、病歴及び家族状況等、事業者が通所介護・介護予防通所サービスを行うために最小限必要な利用者やその家族個人に関する情報
- ② その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、また識別されうる情報
- ③ 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会による判定結果、意見
- ④ その他必要な情報

4. 使用する期間

指定通所介護・指定介護予防通所サービス契約の期間と同様とする

5. その他

虐待等の場合は上記の限りではありません