

通所介護サービス重要事項説明書



HOUYUKAI
Action by Globalization

1. 事業所概要

サービス提供を 行う施設	所在地	東京都杉並区宮前 5-17-15		
	名称	デイホーム宮前ふれあいの家	電話	Tel 03-3335-8161 Fax 03-3335-8162
介護保険指定番号	通所介護（東京都 1371505247 ）			
管理責任者	氏名	佐藤 貴美子	連絡先	上記と同じ
営業日	月～土	8:30～18:30		
営業時間	但し、12 月 30 日から1月 3 日までを除きます。			
施設概要	定員		50 人(1 日あたり)	
	機能訓練室兼食堂		2 室	
	相談室		1 室	
	静養室		1 室	
	浴室		1 室	
	送迎車		ワゴンタイプ 10 人乗りリフト車 5 台 軽自動車 1 台	
職員体制(兼務有)		職員数	業務内容	
	管理者	1 名	施設運営管理など	
	生活相談員	1 名以上	生活相談・生活指導、通所介護計画 の策定等	
	事務職員	1 名以上	電話対応、書類作成等	
	看護職員	2 名以上	健康チェック、養護等	
	介護職員	10 名以上	介護サービス等	

2. サービスの内容

(1)「通所介護サービス」はご利用者が奉優会の管理運営する施設に通って、当該施設において、食事の提供(これらに伴う介護を含む)、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認、その他ご利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。

(2) 奉優会は上記の施設及び日程によりサービスを提供します。

(3) サービス提供にあたっては「通所介護計画書」に沿って計画的に提供します。

サービス内容	通所介護計画に沿って送迎サービス、食事サービス、機能訓練(日常動作訓練)、その他必要な介護をおこないます。
--------	---

	送迎サービス	リフト付ワゴン車にて、送り迎えを行います。 車椅子での乗車も可能です。
	食事サービス	昼食の提供をします。
	機能訓練（日常動作訓練）	日常動作訓練を行います。
	入浴サービス	入浴サービスを提供します。
	生活相談	利用者や家族からの介護等に関する相談をお受けします。
	趣味いきがい活動	手工芸・ゲームなど、趣味や生きがいにつながる活動を行います。
	その他介護サービス	その他、必要に応じて介護サービスを行います。
提供地域	杉並区にお住まいの方。	

3. サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定めた「通所介護記録書」の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。
- (2) 事業所は、一定期間ごとに「通所介護計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「通所介護記録書」、その他の記録を作成して、ご利用者に説明のうえ交付すると共に、居宅介護支援事業所に提出します。
- (3) 事業所は、前記「通所介護記録書」その他の記録を作成完了後 2 年間は適正に保管し、ご利用者の求めに応じて閲覧に供し、又はご利用者の実費負担(1 枚 10 円)により、その写しを交付します。

4. 利用者負担金

- (1) ご利用者負担金は次表の通りです。(令和 6 年 4 月 1 日施行)
※介護保険負担割合証を確認させていただきます。

1 割負担【利用料金表】

◆通所介護費 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担金額	1 日あたりの利用料金
要介護度 1	391 円	3,902 円
要介護度 2	446 円	4,458 円
要介護度 3	504 円	5,035 円
要介護度 4	560 円	5,591 円
要介護度 5	620 円	6,191 円

◆通所介護費 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
要介護度 1	410 円	4,098 円
要介護度 2	469 円	4,687 円
要介護度 3	530 円	5,297 円
要介護度 4	590 円	5,896 円
要介護度 5	651 円	6,507 円

◆通所介護費 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
要介護度 1	593 円	5,929 円
要介護度 2	701 円	7,008 円
要介護度 3	810 円	8,098 円
要介護度 4	916 円	9,156 円
要介護度 5	1,025 円	10,246 円

◆通所介護費 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
要介護度 1	615 円	6,147 円
要介護度 2	727 円	7,270 円
要介護度 3	840 円	8,393 円
要介護度 4	950 円	9,493 円
要介護度 5	1,062 円	10,616 円

◆通所介護費 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
要介護度 1	686 円	6,856 円
要介護度 2	811 円	8,109 円
要介護度 3	939 円	9,384 円
要介護度 4	1,069 円	10,682 円
要介護度 5	1,196 円	11,957 円

◆通所介護費 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
要介護度 1	706 円	7,052 円

要介護度 2	834 円	8,338 円
要介護度 3	965 円	9,646 円
要介護度 4	1,098 円	10,976 円
要介護度 5	1,229 円	12,284 円

◆加算金額

加算金額	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担金額	1 日あたりの利用料金
入浴介助加算(Ⅰ)	44 円(1 回あたり)	436 円
入浴介助加算(Ⅱ)	60 円(1 回あたり)	599 円
サービス提供体制加算Ⅱ	20 円(1 日あたり)	196 円
科学的介護推進体制加算	44 円(1 ヶ月あたり)	436 円
口腔機能向上加算Ⅱ	175 円(1 回あたり) ※(月 2 回までの加算)	
送迎減算	-52 円(片道につき)	-513 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	基本単位+各種加算×9.2%	基本単位+各種加算×9.2%
介護職員処遇改善加算Ⅱ	基本単位+各種加算×9.0%	基本単位+各種加算×9.0%
昼食代	800 円	
夕食代	648 円	
その他 上記の他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。		

2割負担【利用料金表】

◆通所介護費 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担金額	1 日あたりの利用料金
要介護度 1	781 円	3,902 円
要介護度 2	892 円	4,458 円
要介護度 3	1,007 円	5,035 円
要介護度 4	1,119 円	5,591 円
要介護度 5	1,239 円	6,191 円

◆通所介護費 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担金額	1 日あたりの利用料金
要介護度 1	820 円	4,098 円
要介護度 2	938 円	4,687 円
要介護度 3	1,060 円	5,297 円

要介護度 4	1,180 円	5,896 円
要介護度 5	1,302 円	6,507 円

◆通所介護費 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担金額	1 日あたりの利用料金
要介護度 1	1,186 円	5,929 円
要介護度 2	1,402 円	7,008 円
要介護度 3	1,620 円	8,098 円
要介護度 4	1,832 円	9,156 円
要介護度 5	2,057 円	10,246 円

◆通所介護費 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担金額	1 日あたりの利用料金
要介護度 1	1,267 円	6,332 円
要介護度 2	1,496 円	7,477 円
要介護度 3	1,727 円	8,632 円
要介護度 4	1,956 円	9,777 円
要介護度 5	2,187 円	10,932 円

◆通所介護費 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担金額	1 日あたりの利用料金
要介護度 1	1,428 円	7,139 円
要介護度 2	1,685 円	8,425 円
要介護度 3	1,954 円	9,766 円
要介護度 4	2,220 円	11,096 円
要介護度 5	2,490 円	12,447 円

◆通所介護費 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担金額	1 日あたりの利用料金
要介護度 1	1,452 円	7,259 円
要介護度 2	1,716 円	8,578 円
要介護度 3	1,986 円	9,929 円
要介護度 4	2,259 円	11,292 円
要介護度 5	2,533 円	12,665 円

◆加算金額

加算金額	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
入浴介助加算(Ⅰ)	88 円(1 回あたり)	436 円
入浴介助加算(Ⅱ)	120 円(1 回あたり)	599 円
サービス提供体制加算Ⅱ	40 円(1 日あたり)	196 円
科学的介護推進体制加算	88 円(1 月あたり)	436 円
口腔機能向上加算Ⅱ	349 円(1 回あたり) ※(月 2 回までの加算)	
送迎減算	-103 円(片道につき)	-513 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	基本単位+各種加算×9.2%	基本単位+各種加算×9.2%
介護職員処遇改善加算Ⅱ	基本単位+各種加算×9.0%	基本単位+各種加算×9.0%
昼食材料費	800 円	
夕食材料費	648 円	
その他 上記の他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。		

3割負担【利用料金表】

◆通所介護費 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
要介護度 1	1,171 円	3,902 円
要介護度 2	1,3387 円	4,458 円
要介護度 3	1,511 円	5,035 円
要介護度 4	1,678 円	5,591 円
要介護度 5	1,858 円	6,191 円

◆通所介護費 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
要介護度 1	1,230 円	4,098 円
要介護度 2	1,407 円	4,687 円
要介護度 3	1,590 円	5,297 円
要介護度 4	1,769 円	5,896 円
要介護度 5	1,953 円	6,507 円

◆通所介護費 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
要介護度 1	1,779 円	5,929 円
要介護度 2	2,103 円	7,008 円
要介護度 3	2,430 円	8,098 円
要介護度 4	2,747 円	9,156 円
要介護度 5	3,074 円	10,246 円

◆通所介護費 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
要介護度 1	1,845 円	6,147 円
要介護度 2	2,181 円	7,270 円
要介護度 3	2,518 円	8,393 円
要介護度 4	2,848 円	9,493 円
要介護度 5	3,185 円	10,616 円

◆通所介護費 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
要介護度 1	2,057 円	6,856 円
要介護度 2	2,433 円	8,109 円
要介護度 3	2,816 円	9,384 円
要介護度 4	3,205 円	10,682 円
要介護度 5	3,588 円	11,957 円

◆通所介護費 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合

通所介護利用料	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
要介護度 1	2,116 円	7,052 円
要介護度 2	2,502 円	8,338 円
要介護度 3	2,894 円	9,646 円
要介護度 4	3,293 円	10,976 円
要介護度 5	3,686 円	12,284 円

◆加算金額

加算金額	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担金額	1日あたりの利用料金
入浴介助加算(Ⅰ)	131 円(1 回あたり)	436 円

入浴介助加算(Ⅱ)	180 円(1 回あたり)	599 円
サービス提供体制加算Ⅱ	59 円(1 日あたり)	196 円
科学的介護推進体制加算	131 円(1 月あたり)	436 円
口腔機能向上加算Ⅱ	524 円(1 回あたり) ※(月 2 回までの加算)	
送迎減算	-154 円(片道につき)	-513 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	基本単位+各種加算×9.2%	基本単位+各種加算×9.2%
介護職員処遇改善加算Ⅱ	基本単位+各種加算×9.0%	基本単位+各種加算×9.0%
昼食材料費	800 円	
夕食材料費	648 円	
その他 上記の他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。		

- (2) 介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)また、何らかの理由にて介護保険の給付を受けない方についても全額自己負担となります。

(3) 支払い方法

事業所は、翌月の 25 日頃までに前月分の請求をいたしますので、翌月末日までに自動引き落としの方法でお支払いいただきます。
引き落としの手数料は事業所が負担します。

5. 早退、キャンセル及びサービスの中止など

- (1) ご利用者がサービスの中止をする際には、すみやかに次の連絡先(又は前記の管理責任者連絡先)までご連絡ください。 連絡先(電話): 03-3335-8161

- (2) ご利用者都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日午後 6 時までにご連絡ください。サービス当日午前 9 時を過ぎてからのキャンセルは、キャンセル料 800 円(昼食材料費)を申し受けることとなりますので、ご了承ください(ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です)。

* ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

- (3) ご利用者がサービス利用中に早退をした場合の利用料金は、滞在時間分を算定しお支払い頂きます。ただし、基本料金以外のその他の利用料金に関しては、利用した場合のみお支払いいただきます。

* 「利用料」は前頁の「通所介護利用料 一日あたりの利用料」です。

- (4) 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または中止することがあります。その場合、ご家族にご連絡の上対応いたします。
- ③ サービスをご利用中に体調が悪い場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上対応いたします。また、必要に応じて主治医に連絡を取るなど、必要な措置を講じます。

6. その他

- (1)事故が発生した場合は、家族等へ連絡するとともに、必要に応じて、市区町村や関係機関等に連絡をとり、対策をとります。利用者に賠償すべき事故の場合は速やかに損害賠償を行います。なお、損害賠償の範囲は、裁判の判例などを鑑みて、一般的な相当因果関係にあたるものを指します。
- (2)サービス従業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

7. 社会福祉法人 奉優会の概要

(1)事業概要(令和6年4月現在)

名称・法人種別	社会福祉法人奉優会	
代表者役職・氏名	理事長 香取 寛	
本部所在地・電話番号	東京都世田谷区駒沢 1-4-15 真井ビル 5 階 TEL 03-5712-3770	
定款の目的に定めた事業	1 特別養護老人ホーム	10 箇所
	2 短期入所生活介護	10 箇所
	3 介護予防短期入所生活介護	10 箇所
	4 小規模多機能型居宅介護	9 箇所
	5 看護小規模多機能型居宅介護	2 箇所
	6 グループホーム	11 箇所
	7 通所介護事業所	22 箇所
	8 介護予防通所介護事業所	22 箇所
	9 訪問介護事業所	1 箇所
	10 認知症対応通所介護事業所	9 箇所
	11 介護予防訪問介護事業所	1 箇所
	12 地域包括支援センター	14 箇所
	13 居宅介護支援事業所	6 箇所
	14 介護予防支援事業所	6 箇所
	15 高齢者福祉センター	19 箇所
	16 保育事業	1 箇所

(2)運営の方針

奉優会では、顧客満足を得ることや、潜在的な利用者ニーズを社会のシステムとして具体化し、社会のニーズや「夢」を実現することを通して、広く社会に貢献していくことが必要であ

と考えます。そのためには社会の新しいニーズ(ソーシャル・ニーズ)を見つけ出し、それに対応する力(ソーシャルワーカーズ・アビリティ)を磨き、社会貢献を通じて法人の社会的責任を担う(ソーシャルレスポンシビリティ)これらの3点を融合させながら、社会全体のニーズを満たすことのできる法人を目指していきます。

(3)個人情報の取り扱いについて

【個人情報の収集、利用及び提供】

- 1.個人情報の収集は、介護関係ならびに関連事業のサービス提供前に、利用目的の範囲を説明し、同意を頂いた上で収集いたします。
- 2.個人情報の利用は、同意を頂きました利用目的の達成に必要な範囲内において、適正に使用いたします。
- 3.個人情報の第三者への提供は、情報を頂いたご本人の依頼、または同意の無い限り提供することはいたしません。また、同意のもと、提供、委託を行う場合においても、その個人情報に対しては、適正に管理・監督を行って参ります。

<同意をいただく必要がある個人情報の利用目的の範囲について>

- 1.奉優会が、ご利用者様からの依頼にもとづいた各種サービスを提供するための利用。
- 2.提供したサービスに対する請求業務などの介護保険事務での利用。
- 3.サービス提供に係わる、事業所等の管理運營業務での利用。
- 4.ご利用者からの依頼に基づいた適正なサービスを提供するための、他サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携(サービス担当者会議)、照会への回答。
- 5.ご家族への心身の状況説明。
- 6.当法人からのサービス等のご案内をするための利用。
- 7.当法人からのサービス向上を目的としたアンケートの依頼をするための利用。
- 8.各事業に関する顧客動向分析もしくは商品開発等の調査分析のため。
- 9.行政機関等からの要求で、法令上応じることが義務付けられている事項に対する利用。
- 10.その他、特に目的を特定の上、同意を得て収集した個人情報については、その特定した利用目的に沿う利用。

8.緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等への連絡をいたします。

9.サービス内容に関する苦情

当事業所お客様相談・苦情担当

担当 佐藤 貴美子

連絡先:03-3335-8161

上記以外に区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名:杉並区保健福祉部介護保険課

連絡先:03-3312-2111

10. 非常災害対策

- ・ 防火管理責任者 佐藤 貴美子
- ・ 避難訓練 年 2 回 ・ 防災訓練 年 2 回 ・ 通報訓練 年 1 回

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して、本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

年 月 日

社会福祉法人奉優会

所在地 東京都杉並区宮前 5-17-15

事業所名 デイホーム宮前ふれあいの家

担当者 佐藤 貴美子 印

私は、本書面により、デイホーム宮前ふれあいの家から介護予防通所介護サービスについての重要事項説明を受け、個人情報の取り扱いについても十分に理解し、同意いたしました。

1. 1 本人

私は、上記の重要事項について説明を受け、内容を十分に理解し、承諾しました。

署名： _____

日付： _____ 年 月 日

2. 連帯保証人

私は、上記の内容を確認し、保証人としての責任を承諾しました。

限度額：300 万円

署名： _____

続柄： _____

住所： _____

日付： _____ 年 月 日

3. 代理人(後見人等)

私は、本人の代理人として。上記の内容を確認し、承諾しました。

(※後見人の場合、「後見人」と明記してください)

署名： _____

代理人区分：☐法廷後見人 ☐任意後見人 ☐その他(_____)

住所： _____

日付： _____ 年 月 日