

# 通常規模型通所介護重要事項説明書

## 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 03-3655-7177 (受付時間: 月～金 午前9時～午後5時まで)

担当 \_\_\_\_\_

\* ご不明な点は、何でもお尋ねください。

## 2 清心苑ケアセンターの概要

### (1) 送迎できる範囲

名称	清心苑ケアセンター
所在地	東京都江戸川区西一之江4丁目9番24号
事業所番号	通所介護 (東京都 1372300614号)
送迎サービスを提供する対象地域	江戸川区*

\* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

### (2) 職員の体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1名(1)	名( )		1名(1)
生活相談員		2名(1)	名( )		2名(1)
看護職員		2名( )	名( )		2名( )
介護職員	介護福祉士	7名( )	1名( )		8名( )
	その他	3名(1)	名( )		3名(1)
機能訓練指導員		1名(1)	1名(1)		2名(2)
運転手・介助員		2名(2)	名( )		2名(2)
その他事務員等		1名( )	名( )		1名( )

( )は男性再掲

### (3) センターの設備等

定員	25名	静養室	兼用1室
食堂兼機能訓練室	178㎡	相談室	兼用1室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	送迎車	2台

### (4) 営業時間

平日・土曜日	午前9時00分 ~ 午後5時00分
日曜・年末年始(12/29~1/3)は、休業日とします。	

## 3 提供するサービス内容

- ① 身体介護
- ② 入浴
- ③ 食事

- ④ 機能訓練
- ⑤ レクリエーション
- ⑥ 送迎
- ⑦ 生活相談 等

#### 4 料金

##### (1) 利用料金

① 基本額		(円)		
		7時間以上8時間未満		
	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	7, 172	717	1, 434	2, 151
要介護 2	8, 469	846	1, 692	2, 538
要介護 3	9, 810	981	1, 962	2, 943
要介護 4	11, 150	1, 115	2, 230	3, 345
要介護 5	12, 513	1, 251	2, 502	3, 753

##### ② 加算額 (円)

	1日(1回)あたりの 利用料	1日(1回)あたりの自己負担		
		1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	239	24	48	72
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	196	20	40	59
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	65	7	13	20
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	610	61	122	183
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	926	93	186	278
個別機能訓練加算(Ⅱ) (1月につき)	218	22	44	66
入浴介助加算(Ⅰ)	436	44	88	131
入浴介助加算(Ⅱ)	599	60	120	180
若年性認知症利用者受入加算	654	66	131	197
中重度者ケア体制加算	490	49	98	147
認知症加算	654	66	131	197
生活相談員配置加算	141	15	29	43
科学的介護推進体制加算(1月につき)	436	44	88	131
生活機能向上連携加算(Ⅰ) 3月に1回	1, 090	109	218	327
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 1月につき+200単位 ただし個別機能訓練加算を算定している場合1月につき+100単位	2, 180	218	436	654
ADL維持加算(Ⅰ) 1月につき	327	32	64	96
ADL維持加算(Ⅱ) 1月につき	654	65	130	195
栄養アセスメント加算 1月につき	545	55	110	165
栄養改善加算 1回につき月2回限度	2, 180	218	436	654
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 1回につき+20単位(6月に1回限度)	218	22	44	66
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)1回	55	6	12	18

につき+5 単位(6月に1回限度)				
口腔機能向上加算(Ⅰ)1回につき+150 単位(月2回限度)	1, 6 3 5	1 6 3	3 2 6	4 8 9
口腔機能向上加算(Ⅱ)1回につき+160 単位(月2回限度)	1, 7 4 4	1 7 4	3 4 8	5 2 2
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数×59/1,000(1月につき)			
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数×43/1,000(1月につき)			
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数×23/1,000(1月につき)			
介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	所定単位数×12/1,000(1月につき)			
介護職員特定処遇改善加算Ⅱ	所定単位数×10/1,000(1月につき)			
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数×11/1,000(1月につき)			
※令和6年6月以降				
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数×92/1,000			
送迎を行わない場合(片道につき)	△5 1 2	△5 2	△1 0 3	△1 5 4

### ③自己負担分

昼食代(おやつを含む)	調理費及び材料費	6 6 0
教養娯楽費	材料費・入館料	実 費
その他	おむつ等使用の場合	実 費

\* 1ヶ月分をまとめて精算致しますので実際の単価は表と異なることがあります。

## (2) キャンセル料

① お客様の都合でサービス利用を中止する場合、下記のキャンセル料が必要です。

① ご利用日の当日午前8時までに連絡があった場合	無 料
② ご利用日の当日午前8時までに連絡がなかった場合	利用料の10%

## (3) 利用料金の支払方法

毎月、10日までに前月分の請求を致しますので、7日以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払い方法は、銀行振込、口座振替または現金支払の方法でお支払い願います。

## 5 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込み下さい。担当職員がお伺いいたします。

サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画(ケアプラン)の作成をしている場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

### (2) サービスの終了

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週間前までに文書でお申し出下さい。なお、文書は当方で用意してありますので、必要な時はお申し出下さい。

② 事業者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、終了1ヵ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、双方の文書がなくても、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
- ・ 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、要支援1、2又は被害等（自立）と認定された場合
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

④ その他

- ・ 事業者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、利用者や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、または事業者が倒産した場合、利用者は文書で解約を通知することによってすぐ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を3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが事業者や事業者のサービス従事者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為（従業者又は他の利用者等に対するハラスメントにより、信頼関係が著しく害される行為）を行った場合は、文書で通知することにより、すぐにサービスを終了させていただく場合がございます。

## 6 当センターの通所介護サービスの特徴等

### (1) 運営の方針

通所介護従事者は、要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、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、更に利用者の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。

事業の実施にあたっては、区市町村、地域の保健・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ます。

### (2) サービスの利用のためのポイント

事 項	有無	
日曜・年末年始(12/29~1/3)実施の有無	無	
時間延長実施の有無	無	
従業員への研修の有無	有	年2回の職場研修または外部研修
サービスマニュアルの作成	有	
送迎の有無	有	

## 7 緊急時の対応

緊急時の連絡先		
主治医	病院または診療所	
	医師名	
	住所	
	電話番号	
ご家族	氏名	
	連絡先	

## 8 サービス内容に関する相談・要望・苦情等の窓口及び個人情報の保護

- ① 当センターご利用に関する相談、要望、苦情はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出下さい。

☆サービス相談窓口☆

電話番号：03-3655-7177 担当：\_\_\_\_\_

- ② その他

当センター以外に、都、区市町村の相談・苦情窓口等に伝えることができます。

区市町村： 江戸川区 介護保険課

担当課： 事業者調整係 電話 5662-0032

(受付時間 月～金曜日 8:30～17:15)

東京都国民健康保険団体連合会：苦情相談窓口

専用電話 6238-0117 (直通)

(受付時間 月～金曜日 9:00～17:00)

- ③ 個人情報保護について

清心苑は、法人が定めた「個人情報の保護に関する基本方針」のもと、「個人情報の利用目的」を制定してその誠実な取扱いに努めます。

## 9 事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 健修会
代表者役職・氏名	理事長 大坪 修
所在地・電話番号	東京都江戸川区西一之江4丁目9番24号 TEL 03-3655-5963
定款の目的に定めた事業	1. 第一種社会福祉事業

特別養護老人ホーム清心苑

2. 第二種社会福祉事業

清心苑ケアセンター

老人短期入所事業

3. 公益事業

地域包括支援センター清心苑さわやか相談室

清心苑さわやか相談室指定居宅介護支援事業所

施設・拠点等

- |               |     |
|---------------|-----|
| 1. 居宅介護支援事業   | 1カ所 |
| 2. 通所介護       | 1カ所 |
| 3. 介護老人福祉施設   | 1カ所 |
| 4. 地域包括支援センター | 2カ所 |

第三者評価について

第三者評価の実施の有無	
実施した直近の年月日	令和 年 月 日
評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

上記重要事項について、説明を受けました

事業者名 清心苑ケアセンター (事業所番号：1372300614 東京都)

住 所 東京都江戸川区西一之江4丁目9番24号

代表者名 管理者

説明者名

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名

( 家族および代理人氏名 )