

デイサービスさしま

通所介護・介護予防・第1号通所事業 重要事項説明書

< 令和7年4月1日 現在 >

1 デイサービスさしまの概要

(1) 施設概要

施設名称	デイサービスさしま
所在地	〒333-0834 埼玉県川口市差間323番
連絡先	電話:048-290-5210 FAX:048-290-5211
事業概要	指定通所介護事業所（通常規模型） 指定介護予防通所介護事業所 第1号通所事業所
管理者	水野 圭子
介護保険事業者番号	1170205189
通常の事業の実施地域 (サービス提供対象地域)	川口市、蕨市、さいたま市(緑区、南区)

(2) 同センターの職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護支援専門員	1		1
	介護福祉士	1		
看護職員	正看護師		1	2
	准看護師		1	
生活相談員	介護福祉士	2		2
機能訓練指導員	正看護師		1	2
	准看護師		1	
介護職員	介護福祉士	5	3	8
	実務者研修			
	ヘルパー2級修了者		1	1
	初任者研修			
	認知症介護基礎研修		1	1

(3) 同センターの設備の概要

利用定員(1日)	29人	静養スペース	1室
食堂兼機能訓練室	1室 88.96㎡	ベッド	3床
浴室	一般浴槽(2)	相談室	1室
	機械浴槽(1)	送迎車	5台

(4) 営業時間

月曜日～日曜日	午前8:15～午後5:15 サービス提供時間 午前8:30～午後4:30 (12/31～1/3は休業とさせていただきます)
(祝祭日)	営業

連絡先:048-290-5210

2 サービス内容

通所介護計画又は介護予防通所介護計画又は第1号通所事業に係わる計画に沿って、下記のサービス、その他必要な介護等を行います。

- ① 送迎
- ② 健康チェック
- ③ 食事サービス
- ④ 入浴サービス
- ⑤ 生活指導
- ⑥ 機能訓練
- ⑦ 集団的レクリエーション、創作活動等

3 料金

【第1号通所事業 利用料金（事業対象者の方）】

① 介護予防通所介護相当サービス基本利用料金

※介護報酬1単位あたりの単価/10.45円(川口市:5級地)

※ 自己負担額1割

区分・内容	自己負担分1割(月額)	自己負担分1割(日割り)
事業対象者要支援1(週1回程度の利用)	1879円/1798単位	62円/59単位
事業対象者要支援2(週2回程度の利用)	3784円/3621単位	125円/119単位

※ 自己負担額2割

区分・内容	自己負担分2割(月額)	自己負担分2割(日割り)
事業対象者要支援1(週1回程度の利用)	3758円/1798単位	124円/59単位
事業対象者要支援2(週2回程度の利用)	7568円/3621単位	249円/119単位

※ 自己負担額3割

区分・内容	自己負担分3割(月額)	自己負担分3割(日割り)
事業対象者要支援1(週1回程度の利用)	5637円/1798単位	185円/59単位
事業対象者要支援2(週2回程度の利用)	11352円/3621単位	373円/119単位

② サービス提供体制強化加算 I 要支援 1 88 単位/月 要支援 2 176 単位/月

③ 介護職員等処遇改善加算 I 各単位数合計9.2%の1割または2割、3割が自己負担となります。

④ 送迎代 介護予防通所介護費に含まれます。

通常の事業の実施地域を越えた地点から送迎を行う場合には、

ア 事業の実施地域を越えた地点から片道7キロ未満 500円

イ 事業の実施地域を越えた地点から片道7キロ以上 700円 の費用がかかります。

⑤ 入浴費 介護予防通所介護費に含まれます。

⑥ 昼食代 1食あたり450円、おやつ代50円です。

⑦ オムツ代は実費を自己負担となります。(パット 20 円・リハパン 90 円)

⑧ その他日常生活上の便宜に係る費用は実費を自己負担となります。

【ご注意事項】

月の途中で利用開始の契約をした場合は、月額ではなく契約日を起算日としての日割りの計算となります。

月の途中で利用契約を終了した場合は、契約終了日を起算日に日割りでの計算となります。

事業対象者とは、基本チェックリストにより日常生活支援総合事業の利用対象と判定された方をいいます。

【介護予防通所介護 利用料金（要支援の方）】

① 介護予防通所介護 利用料 ※ 介護報酬1単位あたりの単価/10.45円(川口市:5級地)

※ 介護保険適用時の1月あたりの自己負担額1割/単位

介護予防通所介護費	1割負担分(月額)/単位	契約期間が1ヶ月に満たない場合(日割り)
要支援1	1879円/1798単位	62円/59単位×契約日数
要支援2	3784円/3621単位	125円/119単位×契約日数

※ 介護保険適用時の1月あたりの自己負担額2割/単位

介護予防通所介護費	2割負担分(月額)/単位	契約期間が1ヶ月に満たない場合(日割り)
要支援1	3758円/1798単位	124円/59単位×契約日数
要支援2	7568円/3621単位	249円/119単位×契約日数

※ 介護保険適用時の1月あたりの自己負担額3割/単位

介護予防通所介護費	3割負担分(月額)/単位	契約期間が1ヶ月に満たない場合(日割り)
要支援1	5637円/1798単位	185円/59単位×契約日数
要支援2	11352円/3621単位	373円/119単位×契約日数

② サービス提供体制強化加算Ⅰ 要支援1 88単位/月 要支援2 176単位/月

③ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 各単位数合計9.2%の1割または2割、3割が自己負担となります。

④ 送迎代 介護予防通所介護費に含まれます。

通常の事業の実施地域を越えた地点から送迎を行う場合には、

ア 事業の実施地域を越えた地点から片道7キロ未満 500円

イ 事業の実施地域を越えた地点から片道7キロ以上 700円 の費用がかかります。

⑤ 入浴費 介護予防通所介護費に含まれます。

⑥ 昼食代 1食あたり450円、おやつ代50円です。

⑦ オムツ代は実費を自己負担となります。(パット 20円・リハパン 90円)

⑧ その他日常生活上の便宜に係る費用は実費を自己負担となります。

【ご注意事項】

下記の条件1～4に当てはまる場合には、利用料金は日割り計算となります。

月の途中で 1:要介護から要支援に変更となった場合

2:要支援から要介護に変更となった場合

3:要支援度が変更となった場合

4:同一保険者(市町村)管内での転居等により事業所を変更した場合

月の途中からのご利用、月の途中での解約の場合であっても、上記1～4の条件に当てはまらない場合には、1ヶ月分のご利用料金がかかります。(法定事項)

また、介護予防通所介護は月額制となっておりますので、キャンセル等によりご利用日数が計画上の予定日数より減った場合でも、上記の月額料金がかかります。

【通所介護 利用料金（要介護の方）】

①通所介護 利用料 ※ 介護報酬1単位あたりの単価/10.45円(川口市:5級地)

※ 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額1割/単位

通所介護費	2-3時間	3-4時間	4-5時間	5-6時間	6-7時間	7-8時間	8-9時間
要介護1	285円/272単位	387円/ 370単位	406円/ 388単位	596円/ 570単位	611円/ 584単位	688円/ 658単位	700円/669単位
要介護2	325円/311単位	442円/ 423単位	464円/ 444単位	704円/ 673単位	720円/ 689単位	812円/ 777単位	827円/791単位
要介護3	367円/351単位	501円/ 479単位	525円/ 502単位	812円/ 777単位	832円/ 796単位	941円/ 900単位	957円/915単位
要介護4	410円/392単位	557円/ 533単位	586円/ 560単位	920円/ 880単位	942円/ 901単位	1069円/ 1023単位	1088円/1041単位
要介護5	452円/432単位	615円/ 588単位	645円/ 617単位	1029円/ 984単位	1054円/ 1008単位	1200円/ 1148単位	1221円/1168単位

※ 介護保険適用時の1月あたりの自己負担額2割/単位

通所介護費	2-3時間	3-4時間	4-5時間	5-6時間	6-7時間	7-8時間	8-9時間
要介護1	569円/272単位	774円/ 370単位	811円/ 388単位	1192円/ 570単位	1221円/ 584単位	1376円/ 658単位	1399円/669単位
要介護2	650円/311単位	884円/ 423単位	928円/ 444単位	1407円/ 673単位	1440円/ 689単位	1624円/ 777単位	1653円/791単位
要介護3	734円/351単位	1001円/ 479単位	1049円/ 502単位	1624円/ 777単位	1664円/ 796単位	1881円/ 900単位	1913円/915単位
要介護4	820円/392単位	1114円/ 533単位	1171円/ 560単位	1840円/ 880単位	1883円/ 901単位	2138円/ 1023単位	2176円/1041単位
要介護5	903円/432単位	1229円/ 588単位	1290円/ 617単位	2057円/ 984単位	2107円/ 1008単位	2400円/ 1148単位	2441円/1168単位

※ 介護保険適用時の1月あたりの自己負担額3割/単位

通所介護費	2-3時間	3-4時間	4-5時間	5-6時間	6-7時間	7-8時間	8-9時間
要介護1	853円/272単位	1160円/370単位	1217円/388単位	1787円/570単位	1831円/584単位	2063円/658単位	2098円/669単位
要介護2	975円/311単位	1326円/423単位	1392円/444単位	2110円/673単位	2160円/689単位	2436円/777単位	2480円/791単位
要介護3	1101円/351単位	1502円/479単位	1574円/502単位	2436円/777単位	2496円/796単位	2822円/900単位	2869円/915単位
要介護4	1229円/392単位	1671円/533単位	1756円/560単位	2759円/880単位	2825円/901単位	3207円/1023単位	3264円/1041単位
要介護5	1355円/432単位	1844円/588単位	1935円/617単位	3085円/984単位	3160円/1008単位	3599円/1148単位	3662円/1168単位

②送迎代：通所介護費に含まれます。

通常の事業の実施地域を越えた地点から送迎を行う場合には、

ア 片道7キロ未満 500円 イ 片道7キロ以上 700円 の費用がかかります。

送迎減算：送迎を行わない場合片道-47 単位、介護保険適用時自己負担額 1 割-49 円/2 割-97 円/3 割-145円です。

③入浴費：介助浴1回につき40単位 介護保険適用時 自己負担額 1 割 41 円/2 割 82 円/3 割 123 円

④サービス提供体制強化加算Ⅰ：1日あたり 22 単位 介護保険適用時 自己負担額 1 割 23 円/2 割 45 円/3 割 68 円

⑤中重度者ケア体制加算：1日あたり 45 単位 介護保険適用時 自己負担額 1 割 47 円/2 割 93 円/3 割 139 円

⑥介護職員等処遇改善加算Ⅰ：各単位数合計の9.2%の1割または2割または3割が自己負担となります

⑦昼食代：1食あたり450円、おやつ代50円です。

⑧オムツ代は実費を自己負担となります。(パット 20 円・リハパン 90 円)

⑨その他日常生活上の便宜に係る費用は実費を自己負担となります。

(介護保険料の滞納等について)

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を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日(1月)あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書の発行をいたします。サービス提供証明書を後日、市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(要支援・要介護認定前のご利用について)

要支援・要介護認定前であっても、緊急に必要な場合には、サービスをご利用いただけます。その場合は、一旦、1日(1月)あたりの利用料金をいただき、サービス提供書の発行をいたします。サービス提供書を後日、市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。また、要支援・要介護認定前にサービスをご利用された場合、要支援・要介護認定後に提供するサービス内容の見直しが必要となります。また、要支援・要介護認定後には契約継続の意思確認を行うものとします。介護認定において、自立(非該当)と判定された場合には、利用料は全額利用者の負担となり、また認定された要支援・要介護度に応じて利用料の一部が利用者の負担となる場合があります。

(2) 支払方法

毎月、10 日前後に前月分の請求をいたしますので、請求月の22日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、銀行振込か口座振替(引き落とし日は毎月22日※通帳の適用欄に記載される当社名は「NSS KKヴォルフアート」)となります。(お振込先口座は第12項をご覧ください)

4 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。当社職員がお伺いいたします。

通所介護計画又は介護予防通所介護計画又は第1号通所事業に係わる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。居宅サービス計画又は介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントに係わるケアプランの作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員、保健師等とご相談ください。

(サービス計画等作成前のサービス提供について)

居宅サービス計画又は介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントに係わるケアプラン等が作成される前であっても、緊急に必需な場合には、サービスの提供が受けられます。

(2) サービス利用契約の終了

①お客様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当社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、自動的に契約を終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合(この場合、契約条件を変更して再度契約することができます。)
- ・お客様がお亡くなりになった場合

④その他

- ・当センター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、お客様、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、又は当社が破産した場合、お客様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。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、お客様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、お客様が入院又は病気等により3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、又お客様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ことがあります。

5 キャンセル規定

お客様のご都合によりサービスを中止する場合には、

当日の午前8:00～8:30分頃までにご連絡下さい。

連絡先:048-290-5210 (キャンセル料はかかりません)

6 健康上の理由によるサービス提供の中止

- 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又は中止を行うことがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合、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、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様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、第1号介護予防支援事業を行う者等へ速やかに連絡いたします。

<緊急連絡先 記入欄>

主治医	病院名			
	医師名			
	住所			
	電話番号			
連絡先 ①	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			
連絡先 ②	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			

8 事故発生時の対応

サービスの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(地域包括支援センター)、第1号介護予防支援事業を行う者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

9 当施設のサービスの特徴

(1) 施設運営方針

事業の実施に当たっては、利用者である要支援状態又は要介護状態にある高齢者又は事業対象者等の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

- 1 第1号通所事業の提供にあたっては、事業所の従業者は事業対象者に、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図る。
- 2 指定通所介護の提供にあたっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
- 3 指定介護予防通所介護の提供にあたっては、事業所の従業者は、要支援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、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、第1号介護予防支援事業を行う者及び他の居宅サービス事業者並びに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綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(2) サービスご利用のために

事項	内容
時間延長の可否	都度、ご相談下さい。
従業員への研修の実施	研修、勉強会を実施。
ボランティア受け入れ	ご希望の方は、お気軽にお申し出下さい。
サービス実施記録の閲覧	利用者の方は営業時間内において閲覧、複写が可能です。

(3) センターご利用にあたっての留意事項

①送迎時間の連絡

- ・送迎前にお電話等により、時間と場所の確認を致します。
- ・当日の交通事情等により、予定時刻は遅延する場合がございます。

②体調確認

- ・センター到着後に、健康チェックを行います。
- ・体調が悪い場合には、サービスの中止・変更を行う場合がございます。
その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応致します。

③サービスの中止・変更

以下の場合には、お客様又はご家族に連絡の上、サービスを中止又は変更する場合がございます。

- ・風邪、病気等により、サービスのご利用が困難な場合
- ・健康チェックの結果体調が悪く、サービスのご利用継続が困難な場合
- ・天候不順、災害等により、サービスの実施が困難な場合

④送迎時間の変更

以下の場合には、お客様又はご家族に連絡の上、送迎時間を変更する場合がございます。

- ・営業時間等に変更がある場合
- ・行事の実施等に伴い、送迎時間が変更となる場合
- ・天候不順、災害等により、送迎時間が変更となる場合

⑤食事のキャンセル

- ・昼食がご不要となった場合には、なるべくご利用前日までにご連絡下さい。

⑥ご利用時間の変更

- ・ご利用時間を変更される場合には、事前にご連絡、ご相談下さい。

⑦設備、器具等のご利用

- ・センターを安心してご利用いただくために、センター内の設備、器具をご利用される場合には、職員にお声をかけて下さい。

⑧センター内での禁止事項

当センターでは、以下の行為を禁止させていただいております。

- ・センター内での喫煙、飲酒。(喫煙は所定の場所で行います。)
- ・喧嘩、暴力、口論等、他人に迷惑をかける行為
- ・政治活動、宗教活動、物品・サービスの販売活動等
- ・指定場所以外での火気の使用
- ・故意により、設備・備品に損害を与える行為
- ・無断でセンターの備品を施設外に持ち出す行為

10 非常災害対策

- ・防災時の対応 職員が状況を正しく判断し、利用者の皆様を誘導、避難し、安全の確保に努めます。
- ・防災設備 消火器、自動火災報知器、誘導灯
- ・防災訓練 年2回実施
- ・防災責任者 水野 圭子

11 サービス内容に関する相談・苦情

☆ 当センターご利用者相談・苦情担当窓口 ☆
電話：048-290-5210 担当者：水野 圭子
午前8:15～午後5:15
(12/31～1/3は休業とさせていただきます)

(その他)

当センター以外に、市町村の相談・苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会でも受け付けております。

川口市役所 介護保険課 電話 048-259-7293
埼玉県国民健康保険団体連合会 電話 048-824-2568 (苦情相談専用)
蕨市役所 介護保険課 電話048-433-7835

さいたま市緑区役所 介護課介護保険係 電話048-712-1178
さいたま市南区役所 介護課介護保険係 電話048-844-7178

12 当社の概要

名称・法人種別 株式会社ヴォルフアート
代表者役職・氏名 代表取締役 青木宣貴
本社所在地 埼玉県所沢市山口338-2
電話番号 04-2929-6980

- 定款に定めた事業
1. 身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排泄、食事、その他の介護を行い並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする
 2. 労働者派遣業務
 3. 介護保険法による訪問看護サービスの居宅サービス業務
 4. 介護保険法による居宅介護支援事業
 5. 介護保険法による福祉用具貸与の居宅サービス事業
 6. 介護保険法による認知症対応型共同生活介護の居宅サービス事業
 7. 介護保険法による通所介護の居宅サービス事業
 8. 介護保険法による通所リハビリテーションの居宅サービス事業
 9. 介護保険法による訪問入浴介護の居宅サービス事業
 10. 以上の各号に附帯する一切の事業

施設・拠点等

認知症対応型共同生活介護事業所

- ・グループホーム上新井苑(所沢市)
- ・グループホーム神根苑(川口市)

指定通所介護・介護予防通所介護・第1号通所介護事業所

- ・デイサービスかみね(川口市)

居宅介護支援

- ・さしま居宅介護支援事業所(川口市)

13 デイサービス利用料のお振込先口座

青木信用金庫 柳崎支店(やなぎさきしてん) 店番:031 金融機関コード:1252
口座名義:株式会社ヴォルフアート 代表取締役 青木宣貴 (あおきのぶたか)
口座番号:(普通) 3130811

14 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無 当事業所は第三者評価機関による評価を実施していません。

令和 年 月 日

通所介護及び介護予防通所介護及び第1号通所事業の提供開始にあたり、利用者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 埼玉県所沢市山口338-2
名称 株式会社ヴォルフアート
代表取締役 青木 宣貴 印
事業所 所在地 埼玉県川口市差間323番
名称 デイサービスさしま
管理者 水野 圭子 印

説明者 氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により事業者から通所介護及び介護予防通所介護及び第1号通所事業についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印

利用者との続柄

個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記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。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員(ケアマネジャー)や保健師等と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の他、介護支援専門員や保健師、第1号介護予防支援事業を行う者等、又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。(救急の場合は、搬送機関への説明も含む)

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画(介護予防サービス計画)に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所、救急搬送機関(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

株式会社ヴォルフアート (事業所名) デイサービスさしま 殿

利用者 住所

氏名 印

利用者家族代表 住所

氏名 印

上記代理人 住所
(代理人を選定した場合)

氏名 印