

【デイサービスセンター燦々】

通所介護・第1号通所事業重要事項説明書

＜ 令和7年 1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 0494 — 72 — 6061 (9時～16時)

担当 井上 誠

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 事業者の概要

| | |
|------------|----------------------------------|
| 事業者(法人)の名称 | 社会福祉法人 秩父福祉会 |
| 代表者の役職・氏名 | 理事長 内藤 優子 |
| 法人所在地・電話番号 | 秩父市吉田久長186-1 TEL 0494-77-0099 |
| 法人設立年月日 | 昭和62年3月14日 |

3 サービスを提供する事業所の概要

(1) 事業所の名称等

| | |
|---------------|--|
| 名 称 | デイサービスセンター燦々 |
| 事業所番号 | 通所介護・第1号通所事業(通所介護相当サービス) (指定事業所番号 1174800456) |
| 所在地 | 埼玉県秩父市吉田久長193 |
| 電話番号 FAX番号 | 0494-72-6061 0494-77-2033 |
| 通常の事業の実施地域 | 秩父市(旧大滝村を除く)、皆野町、横瀬町、小鹿野町、長瀬町 |

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 営業日及びサービス提供時間

| | |
|----------|-----------------------------------|
| 営業日 | 月曜日から土曜日まで (12月31日から1月3日までを除く) |
| 営業時間 | 8時30分から17時30分まで |
| サービス提供時間 | 9時00分から16時10分まで |

(3) 職員体制

| 職 種 | 業 務 内 容 | 勤務形態・人数 |
|-----------------------------|---|------------------|
| 管 理 者 (生活相談員 と兼務) | ・従業者と業務の管理を行います。 ・従業者に法令等の規定を遵守させるために必要な 指揮命令を行います。 | 常 勤 1人 |
| 生活相談員 (1人介護職 員と兼務) | ・生活相談、入浴、排せつ、食事等の介護に関する 相談及び援助を行います。 | 常 勤 2人 |
| 看 護 職 員 (機能訓練指 導員と兼務) | ・利用者の健康状態の確認を行います。 ・利用者の病状が急変した場合に利用者の主治の医 師の指示を受けて、必要な看護を行います。 | 非常勤 2人 |
| 介 護 職 員 (1人生活相 談員と兼務) | ・必要な日常生活の世話及び介護を行います。 (うち介護福祉士3人) | 常 勤 5人 非常勤 2人 |
| 機 能 訓 練 指 導 員 | ・日常生活を営むの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。 | 非常勤 3人 |

(4) 設備の概要

| | | | |
|----------|---------|-----|----|
| 定員 | 29名 | 静養室 | 1室 |
| 食堂兼機能訓練室 | 1室 | 相談室 | 1室 |
| 浴室 | 一般浴槽です。 | 送迎車 | 5台 |

4 サービス内容

- ・食事の提供
- ・入浴（一般浴・リフト浴）
- ・日常生活の世話
- ・日常生活動作の機能訓練……… 日常生活、レクリエーションを通じた訓練
- ・送迎
- ・個別機能訓練……… 個別の機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施
- ・口腔機能向上……… 口腔機能の低下している又はそのおそれがある利用者に対し、口腔機能改善のための計画を作成し、口腔機能向上サービスを実施
- ・若年性認知症利用者受け入れ

5 料金

(1) 通所介護相当サービス料金

- ・基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は介護保険負担割合証に記載された割合となります。(基本利用料の1割、2割または3割の額)ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用料は全額自己負担となります。

| | 基本利用料 | 利用者負担額 (1割負担) | 利用者負担額 (2割負担) | 利用者負担額 (3割負担) |
|--------|---------|------------------|------------------|------------------|
| 要支援1相当 | 17,980円 | 1,798円 | 3,596円 | 5,394円 |
| 要支援2相当 | 36,210円 | 3,621円 | 7,242円 | 10,863円 |

※ 送迎、入浴の費用は上記金額に含まれています。

・加算料金

| 加算の種類 | 要件 | 基本利用料 | 利用者負担額 (1割負担) | 利用者負担額 (2割負担) | 利用者負担額 (3割負担) |
|-------------------------------|---------------------------------------|--------|------------------|------------------|------------------|
| 若年性認知症利用者受入加算 | 若年性認知症利用者にサービスを提供した場合 | 240円 | 240円 | 480円 | 720円 |
| 口腔機能向上加算 | 口腔清掃や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能向上サービスを行った場合 | 1,500円 | 150円 | 300円 | 450円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 直接サービスを提供する者の総数のうち、勤続年数7年以上の者を30%以上配置 | 240円 | 24円 | 48円 | 72円 |
| 要支援1相当 | | 480円 | 48円 | 96円 | 144円 |
| 要支援2相当 | | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ (支給限度額管理の対象外) | 所定単位数に9.0%を乗じた額 | | | | |

※上記料金は、算定された場合加算されます。

(2) 通所介護料金

・基本利用料(通常規模・5時間以上6時間未満の場合)

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は介護保険負担割合証に記載された割合となります。(基本利用料の1割、2割または3割の額)ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用料は全額自己負担となります。

【地域区分別1単位の単価10円(その他地域)】

| | 基本利用料 | 利用者負担額 (1割負担) | 利用者負担額 (2割負担) | 利用者負担額 (3割負担) |
|------|--------|------------------|------------------|------------------|
| 要介護1 | 5,700円 | 570円 | 1,140円 | 1,710円 |
| 要介護2 | 6,730円 | 673円 | 1,346円 | 2,019円 |
| 要介護3 | 7,770円 | 777円 | 1,554円 | 2,331円 |
| 要介護4 | 8,800円 | 880円 | 1,760円 | 2,640円 |
| 要介護5 | 9,840円 | 984円 | 1,968円 | 2,952円 |

- ・基本利用料（通常規模・6時間以上7時間未満の場合）

【地域区分別1単位の単価10円(その他地域)】

| | 基本利用料 | 利用者負担額 (1割負担) | 利用者負担額 (2割負担) | 利用者負担額 (3割負担) |
|------|---------|------------------|------------------|------------------|
| 要介護1 | 5,840円 | 584円 | 1,168円 | 1,752円 |
| 要介護2 | 6,890円 | 689円 | 1,378円 | 2,067円 |
| 要介護3 | 7,960円 | 796円 | 1,592円 | 2,388円 |
| 要介護4 | 9,010円 | 901円 | 1,802円 | 2,703円 |
| 要介護5 | 10,080円 | 1,008円 | 2,016円 | 3,024円 |

- ・基本利用料（通常規模・7時間以上8時間未満の場合）

【地域区分別1単位の単価10円(その他地域)】

| | 基本利用料 | 利用者負担額 (1割負担) | 利用者負担額 (2割負担) | 利用者負担額 (3割負担) |
|------|---------|------------------|------------------|------------------|
| 要介護1 | 6,580円 | 658円 | 1,316円 | 1,974円 |
| 要介護2 | 7,770円 | 777円 | 1,554円 | 2,331円 |
| 要介護3 | 9,000円 | 900円 | 1,800円 | 2,700円 |
| 要介護4 | 10,230円 | 1,023円 | 2,046円 | 3,069円 |
| 要介護5 | 11,480円 | 1,148円 | 2,296円 | 3,444円 |

- ・加算料金

【地域区分別1単位の単価10円(その他地域)】

| 加算の種類 | 要件 | 基本利用料 | 利用者負担額 (1割負担) | 利用者負担額 (2割負担) | 利用者負担額 (3割負担) |
|--------------------------|---|--------|------------------|------------------|------------------|
| 若年性認知症利用者受入加算 | 若年性認知症(40歳から64歳までの)利用者を対象に、ニーズや特性に応じたサービスを提供した場合 | 600円 | 60円 | 120円 | 180円 |
| 入浴介助加算(Ⅱ) | 入浴介助を行った場合 | 550円 | 55円 | 110円 | 165円 |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ | 加算の訓練体制を満たし、利用者個別の心身の状況を重視した機能訓練(生活機能の維持向上を目的とした)を行った場合 | 560円 | 56円 | 112円 | 168円 |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) (1月2回を限度) | 口腔清掃や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能向上サービスを行った場合(1月に2回程度) | 1,500円 | 150円 (1回につき) | 300円 (1回につき) | 450円 (1回につき) |

| | | | | | |
|-------------------------------|---|------|----------------|----------------|-----------------|
| 科学的介護 推進体制加 算 | ・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症状その他の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚労省に提出している。 ・必要に応じ、サービス計画を見直す（3月に1回）、サービスの提供に当たって、上記の情報その他のサービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。 | 400円 | 40円 (1月につき) | 80円 (1月につき) | 120円 (1月につき) |
| サービス提供 体制強化加 算(Ⅲ) | 直接サービスを提供する者の総数のうち、勤続年数7年以上の者を30%以上配置 | 60円 | 6円 (1日につき) | 12円 (1日につき) | 18円 (1日につき) |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ (支給限度額管理の対象外) | 所定単位数に9.0%を乗じた額 | | | | |

- ・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10割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。

(3) その他の費用（全額自己負担になります。）

| | |
|---------------------|---|
| 送 迎 費 | 通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。 それ以外の地域にお住まいの方は、送迎に要する費用の実費をご負担していただきます。 通常の事業の実施地域を越えた地点から、10km未満は2,000円、それを越える場合は、1kmにつき200円を加算した金額をいただきます。 |
| 食 費 (おやつ、飲み物代含む) | 1日につき 570円 |
| お む つ 代 | 実費 |
| 日常生活に要する費用 | 実費 |

(4) 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でもキャンセル料はかかりません。

(5) 支払方法

利用日の翌月5日までに請求をいたします。口座振替（毎月28日）によりお支払いいただき、入金を確認後、領収証を発行いたします。

お支払手続きは、ご契約の際にご説明いたします。

6 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。

通所介護計画・通所サービス計画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) 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、体調が悪い場合はサービスの内容の変更または中止を行うことがあります。その場合ご家族に連絡のうえ、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うえ、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または歯科医師に連絡をとる等、必要な措置を講じます。

(3) 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、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）と認定された場合……非該当となった日
- ・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、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。

7 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに務めます。

8 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、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡いたします。

| | | |
|---------------|--|----|
| 緊急連絡先① 氏 名 | | 続柄 |
| 電 話 番 号 | | |
| 緊急連絡先② 氏 名 | | 続柄 |
| 電 話 番 号 | | |
| 主治医 医療機関名 | | |
| 医 師 名 | | |
| 住 所 | | |
| 電 話 番 号 | | |

9 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、家族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

10 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 井上 誠

- (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せん。

1.1 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ア 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。
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下の通りです。
 - ・苦情があった場合、担当者はただちに相手方と連絡をとり、詳しい事情を聞き、事実関係を確認する。
 - ・確認した苦情に対し必要に応じて検討会議を行い、その結果に基づいて適切な対応を迅速に行う。
 - ・経過を記録、保管し再発を防ぐ。

その他

- ・苦情は事業所全体のものとして受け止め、誠意をもって対応する。
- ・常に利用者の立場に立ったサービスの提供を心がけ、苦情を未然に防ぐことに務める。

(2) 苦情相談窓口

| | | | | |
|-------|--------------------|------|--------------|-----------------------|
| 1 | 窓口担当者 | 管理者 | 井上 誠 | |
| | 電話番号 | 0494 | - 72 | - 6061 (受付時間 9時～16時) |
| 2 | 秩父市高齢者介護課 | 電話番号 | 0494-25-5205 | (直通) |
| 3 | 横瀬町福祉介護課 | 電話番号 | 0494-25-0116 | (直通) |
| 4 | 皆野町福祉課 | 電話番号 | 0494-62-1233 | (直通) |
| 5 | 長瀬町福祉介護課 | 電話番号 | 0494-66-3111 | |
| 6 | 小鹿野町福祉課(保健福祉センター内) | 電話番号 | 0494-75-4421 | (直通) |
| 7 | 埼玉県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 | 048 | - 824 - 2568 (苦情相談専用) |
| 第三者委員 | | | | |
| | 引間正人 | 電話番号 | 0494-72-6008 | |
| | 中原照夫 | 電話番号 | 0494-77-1300 | |
| | 田中敬子 | 電話番号 | 0494-66-2975 | |

1.2 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

| | |
|-------------|--------------|
| 第三者評価の実施の有無 | 有 ・ 無 |
|-------------|--------------|

令和 年 月 日

通所介護・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 秩父市吉田久長186-1

法人名 社会福祉法人 秩父福社会

説明者

事業所名 デイサービスセンター燦々

氏 名

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護・第1号通所事業についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始について同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

(メモ)

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が署名又は記名（必要に応じて押印）を行います。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお、手指の障がいなどで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

(例)

利用者 住 所 秩父市吉田〇〇 186-1 _____

氏 名 白 砂 太 郎 _____

上記署名は、秩父花子（子）が代行しました。