

【いきいきさわやかデイサービス】

地域密着型通所介護・第1号通所事業重要事項説明書

＜ 令和7年5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 — 21 — 7685（9時～16時）

担当 田村千恵子

＊ 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	いきいきさわやかデイサービス
事業所番号	地域密着型通所介護・第1号通所事業(通所介護相当サービス) (指定事業所番号 1174900413)
所 在 地	埼玉県秩父市蒔田 268-2
電 話 番 号 FAX 番 号	0494-21-7685 0494-21-7686
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30分から15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、 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

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 1人
介護職員	・必要な日常生活の世話及び介護を行います。 (介護福祉士2名)	常勤 人 非常勤 3人

(4) 設備の概要

定員	10名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室	相談室	1室
浴室	特殊浴槽 介護度5の方も安心してご利用できます。	送迎車	3台

4 サービス内容

- ・食事の提供
- ・入浴（特浴）
- ・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(Ⅰ)	介護職員のうち、勤続10 年以上で介護福祉士の資 格を有する者を25%以 上配置	880円	88円	176円	264円
要支援1相当		1,760円	176円	352円	528円
要支援2相当					
介護職員処遇改善加算Ⅰ (支給限度額管理の対象外)	所定単位数に9.2%を乗じた額				

※上記料金は、算定された場合加算されます。

(2) 地域密着型通所介護料金

・基本利用料(地域密着型・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	6,570円	657円	1,314円	1,971円
要介護2	7,760円	776円	1,552円	2,328円
要介護3	8,960円	896円	1,792円	2,688円
要介護4	10,130円	1,013円	2,026円	3,039円
要介護5	11,340円	1,134円	2,268円	3,402円

・基本利用料(地域密着型・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	6,780円	678円	1,356円	2,034円
要介護2	8,010円	801円	1,602円	2,403円
要介護3	9,250円	925円	1,850円	2,775円
要介護4	10,490円	1,049円	2,098円	3,147円
要介護5	11,720円	1,172円	2,344円	3,516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 の状況その他、心身の状況 等に係る基本的な情報を 厚生労働省に提出する。 ・必要に応じサービス計画を 見直すなど、サービス提供 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 (Ⅰ)	介護職員のうち、勤続 10年以上で介護福祉士 の資格を有する者を 25%以上配置	220円	22円 (1日につき)	44円 (1日につき)	66円 (1日につき)
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (支給限度額理の対象外)		所定単位数に9.2%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に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村の介護保険担当窓口に提出しますと、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 670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。

地域密着型通所介護計画・通所介護相当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ことができます。

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ぬ。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ぬ。
- (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、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 田村 千恵子

- (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ないます。

11 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 田村 千恵子
電話番号 0494-21-7685 (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 長瀬町介護福祉課 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 |

12 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

地域密着型通所介護・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 秩父福祉会

説明者

事業所名 いきいきさわやかデイサービス

氏 名

私は、契約書及び本書面により、事業者から地域密着型通所介護・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ふまでもありません。

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。