【秩父デイサービスセンター】

通所介護・第１号通所事業重要事項説明書

＜令和８年　６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　―　２２　―　７６８８（9時～１６時)

担当　新井尚人　　大橋美由希

＊　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 ℡　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	秩父デイサービスセンター
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　１１７４９００６９４　）
所在地	埼玉県秩父市桜木町　１３－１２
電話番号 ＦＡＸ番号	０４９４－２２－７６８８ ０４９４－２２－７６８８
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、長瀞町

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３日、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４０分から１５時４５分まで

(3) 職員体制

職種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	・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。	常勤専従　１人

生活相談員	・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。	常勤専従１人以上
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。	専従１人以上
介 護 職 員	・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１０名）	常勤換算で５人以上
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。	１人以上

(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	一般浴槽と特殊浴槽があります。	送迎車	５　台

4　サービス内容

・食事の提供
・入浴（一般浴・ミスト浴）
・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	１０８６３円

※ 送迎、入浴の費用は上記金額に含まれています。

御家族の送迎により、事業所側が送迎を行わない場合において、片道につき４７０円を減額します。

・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
ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援１相当 要支援２相当	直接サービスを提供する職員のうち介護福祉士の資格を有する者を７０％以上配置	８８０円 １，７６０円	８８円 １７６円	１７６円 ３５２円	２６４円 ５２８円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ （支給限度額管理の対象外）	所定単位数に 12%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	３４４４円

・基本利用料（通常規模・８時間以上９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	６，６９０円	６６９円	１，３３８円	２，００７円
要介護２	７，９１０円	７９１円	１，５８２円	２，３７３円
要介護３	９，１５０円	９１５円	１，８３０円	２，７４５円
要介護４	１０，４１０円	１，０４１円	２，０８２円	３，１２３円
要介護５	１１，６８０円	１，１６８円	２，３３６円	３，５０４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。 ・必要に応じｻｰﾋﾞｽ計画を見直す(3月に1回)、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）
ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算（Ⅰ）	直接ｻｰﾋﾞｽを提供する介護職員のうち介護福祉士の資格を有する者を70%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)
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ (支給限度額管理の対象外)		所定単位数に12%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すまいの方は、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

利用月の翌月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

以下の場合は、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　新井尚人

(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　　新井尚人
電話番号　０４９４－２２－７６８８（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　長瀞町福祉介護課　　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　０４９４－７７－１３０

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

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　　秩父デイサービスセンター

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。

個人情報使用同意書

私、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとお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　使用する目的

(1)　居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合

(2)　利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報提供

２　使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

３　使用する期間

契約で定める期間

４　条件

(1)　個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと

(2)　個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

社会福祉法人　秩父福祉会　様

年　　月　　日

＜利用者＞

氏　　名

＜家族の代表＞

氏　　名

利用者は身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

＜署名代筆者＞

氏　　名