

重要事項説明書

(通 所 介 護)

デイサービス好日の家 片柳



社会福祉法人

久寿会

通所介護重要事項説明書

＜令和 8 年 9 月 1 日現在＞

1 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人久壽会 ・ 社会福祉法人
代表者名	理事長 平塚 大
所在地・連絡先	(住所) 埼玉県坂戸市浅羽 1130-1 (電話) 0 4 9 - 2 9 8 - 3 6 3 3 (FAX) 0 4 9 - 2 9 8 - 3 6 4 3

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

デイサービス好日の家

事業所名	デイサービス好日の家 片柳
所在地・連絡先	(住所) 埼玉県坂戸市片柳 1624-2 (電話) 0 4 9 - 2 9 8 - 5 0 3 0 (FAX) 0 4 9 - 2 9 8 - 5 0 3 2
事業所番号	1 1 7 6 0 0 1 4 5 9
管理者の氏名	中村和樹
利 用 定 員	通所介護（40 名） ※総合事業を含む

(2) 事業所の職員体制・勤務体制

(通所介護)

従業者の職種	人数	職務の内容
生活相談員	2 人以上	相談・生活指導等
看護職員	2 人以上	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理
介護職員	5 人以上	介護全般
機能訓練指導員	1 人以上	身体機能の向上、健康維持のための指導

※上記の他に、管理者や事務職員等を必要に応じて配置しています。

※1 人の職員が 2 つの職種を兼務する場合があります。

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	坂戸市・鶴ヶ島市の全域ならびに東松山市・川越市・鳩山町・川島町・毛呂山町の一部地域（詳細地域は別紙 1 参照）
---------	---

(4) 営業日

営業日	営業時間
月曜日～土曜日	午前 8 時 ～ 午後 6 時

サービス提供時間	午前 9 時 ～ 午後 4 時 15 分 上記時間内、1.5 時間以上 8 時間未満のサービス提供
----------	--

※延長サービスを行う場合の延長サービス提供時間

提供前：午前 8 時 00 分から午前 9 時 00 分

提供後：午後 4 時 15 分から午後 7 時 00 分

営業しない日	日曜日・年末年始（12/31～1/2）
--------	---------------------

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	（食事時間）12：00～13：00 手作りの温かい食事を提供します。
入 浴	大小の浴槽があります。 介助が必要な方には職員がマンツーマンで対応します。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションや健康体操等を実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向けて取り組みます。
送 迎	ご自宅（一部の居宅内介助を含む）から施設内までの送迎を行います。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額が利用者の負担額となります。

当事業所が所在する「坂戸市」の地域区分（単位数単価）は、「6 級地：1 単位＝10.27 円」です。

【料金表】（通所介護）

■基本部分

所要時間 2 時間以上 3 時間未満の場合

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	263 単位	301 単位	340 単位	379 単位	418 単位
1 割負担	293 円	334 円	377 円	420 円	465 円
2 割負担	586 円	668 円	754 円	840 円	929 円
3 割負担	878 円	1,002 円	1,131 円	1,260 円	1,393 円
10 割負担	2,926 円	3,337 円	3,769 円	4,200 円	4,642 円

所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	358 単位	409 単位	462 単位	513 単位	568 単位
1 割負担	398 円	453 円	513 円	569 円	631 円
2 割負担	795 円	906 円	1,025 円	1,138 円	1,261 円
3 割負担	1,193 円	1,359 円	1,538 円	1,707 円	1,892 円
10 割負担	3,974 円	4,529 円	5,124 円	5,689 円	6,305 円

所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	376 単位	430 単位	486 単位	541 単位	597 単位
1 割負担	417 円	477 円	540 円	600 円	663 円
2 割負担	834 円	953 円	1,079 円	1,200 円	1,325 円
3 割負担	1,251 円	1,430 円	1,618 円	1,800 円	1,988 円
10 割負担	4,169 円	4,765 円	5,391 円	5,997 円	6,624 円

所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	544 単位	643 単位	743 単位	840 単位	940 単位
1 割負担	603 円	713 円	824 円	932 円	1,042 円
2 割負担	1,206 円	1,426 円	1,648 円	1,863 円	2,083 円
3 割負担	1,809 円	2,139 円	2,471 円	2,795 円	3,124 円
10 割負担	6,028 円	7,127 円	8,236 円	9,314 円	10,413 円

所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	564 単位	667 単位	770 単位	871 単位	974 単位
1 割負担	626 円	740 円	854 円	967 円	1,081 円
2 割負担	1,251 円	1,479 円	1,707 円	1,933 円	2,161 円
3 割負担	1,877 円	2,219 円	2,561 円	2,900 円	3,242 円
10 割負担	6,254 円	7,394 円	8,534 円	9,664 円	10,804 円

所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合 ※当事業所の標準的なサービス提供時間

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	629 単位	744 単位	861 単位	980 単位	1,097 単位
1 割負担	698 円	825 円	956 円	1,088 円	1,217 円
2 割負担	1,395 円	1,650 円	1,911 円	2,175 円	2,434 円
3 割負担	2,092 円	2,474 円	2,866 円	3,263 円	3,651 円
10 割負担	6,973 円	8,246 円	9,551 円	10,875 円	12,169 円

所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	647 単位	765 単位	885 単位	1,007 単位	1,127 単位
1 割負担	717 円	849 円	982 円	1,117 円	1,249 円
2 割負担	1,434 円	1,697 円	1,964 円	2,233 円	2,498 円
3 割負担	2,151 円	2,545 円	2,946 円	3,349 円	3,747 円
10 割負担	7,168 円	8,483 円	9,818 円	11,163 円	12,488 円

■加減算

○減算（1 回につき）※介護度共通

種 類	単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
送迎減算	47 単位	53 円	105 円	157 円	523 円

○加算（1 回につき）介護度共通

種 類	単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
入浴介助加算(I)	40 単位	44 円	87 円	130 円	431 円
科学的介護推進体制加算(I)	40 単位	44 円	87 円	130 円	431 円
若年性認知症利用者受入加算	60 単位	68 円	136 円	204 円	677 円

個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位	63 円	126 円	188 円	626 円
個別機能訓練加算Ⅱ（月額）	20 単位	22 円	43 円	65 円	215 円
延長加算 （9 時間以上 10 時間未満）	50 単位	57 円	113 円	170 円	564 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位	7 円	13 円	19 円	61 円
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	1 か月の利用合計単位数に 11.8%を乗じた単位数				

※上記の金額は介護職員等処遇改善加算Ⅱを含めた金額です。

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。発行されたサービス提供証明書と領収証を保険者介護保険窓口を持参すると、介護保険負担割合証に応じて差額が返還されます。
- ・ 利用料金の計算は、以下の通り計算します。

1. 合計単位数 $A + (A \times B) \cdots C$ （1 単位未満の端数は四捨五入）
2. 合計金額 $C \times D \cdots E$ （1 円未満の端数は切り捨て）
3. 保険請求額 $E \times (10 \text{ 割} - F) \cdots G$ （1 円未満の端数は切り捨て）
4. 利用者負担額 $E - G$

A = 1 か月のご利用単位数

B = 介護職員等処遇改善加算（当事業所は介護職員等処遇改善加算Ⅱ = 9.0%）

C = 合計単位数

D = 地域区分による単位数単価（坂戸市は 6 級地：1 単位 = 10.27 円）

E = 合計金額

F = お客様の介護保険負担割合証に記載の割合

G = お客様の負担額

(2) 介護保険給付対象外サービス

- ・ 食費
 - 食事サービスを受ける方は、昼食代 1 食あたり 750 円が必要となります。
- ・ おやつ代
 - おやつサービスを受ける方は、おやつ代 1 食あたり 100 円が必要となります。
- ・ おむつ代（リハビリパンツ・パット含む）
 - おむつを使用される方は、おむつ 1 枚あたり 150 円が必要となります。
- ・ その他の費用
 - 通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、利用者様の希望により通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用は、利用者様の負担となります。
- ・ キャンセル料
 - 前日の 15 時までにご連絡を頂いた場合は無料です。前日の 15 時を過ぎてのご連絡の場合は、キャンセル料 750 円が必要となります。

(3) 利用料等のお支払方法

原則として、口座振替となります。 ※その他のお支払い方法についてはご相談ください。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

この規程は、社会福祉法人久壽会が設置する指定通所介護サービスに該当する通所介護事業（以下、「事業」という。）の適正な運営を確保するための人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が要介護状態にある高齢者に対し、適切なサービスを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

1. 事業所の介護従事者は、要介護状態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、さらに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および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。
2. 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、その目標を設定し計画的に介護を行います。
3. 利用者の意見及び人格を尊重し、常に利用者の立場でサービスの提供に努めます。
4. 事業の実施にあたっては、利用者の市区町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うと共に、居宅介護支援事業者への情報提供を行います。

(3) その他

事項	内容
通所介護計画の作成 及び 事後評価	当事業所の管理者が、利用者様の直面している課題等を評価し、利用者様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（モニタリング）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	・採用時研修 採用後 1 ヶ月以内 ・全体研修 年 2 回以上 ・事業所内研修 年 1 2 回

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

事業所のお客様 相談窓口	窓口（全事業所共通） 管理者 中村和樹 ご利用時間 9：00～17：00 ご利用方法 電話（049-298-5030） 面接（事業所相談室） ご意見箱（事業所玄関に設置）
保険者 相談窓口	坂戸市窓口 坂戸市福祉部高齢者福祉課介護保険係 住所 埼玉県坂戸市千代田 1-1-1 電話 049-283-1331 鶴ヶ島市窓口 鶴ヶ島市健康福祉部介護保険課介護保険担当 住所 埼玉県鶴ヶ島市大字三ツ木 16-1 電話 049-271-1111 東松山市窓口 東松山市健康福祉部高齢介護課介護保険担当 住所 埼玉県東松山市松葉町 1-1-58 電話 0493-23-2221 川越市窓口 川越市福祉部介護保険課介護保険担当 住所 埼玉県川越市元町 1-3-1 電話 049-224-8811 鳩山町窓口 鳩山町長寿福祉課介護保険担当 住所 埼玉県比企郡鳩山町大字大豆戸 184-16 電話 049-296-1211

	川島町窓口 川島町健康福祉課福祉グループ 住所 埼玉県比企郡川島町大字下八ツ林 870-1 電話 049-297-1811 毛呂山町窓口 毛呂山町高齢者支援課介護保険係 住所 埼玉県入間郡毛呂山町中央 2 丁目 1 番地 電話 049-295-2112
埼玉県国民健康 保険団体連合会 相談窓口	住所 埼玉県さいたま市中央区大字下落合 1704 番 電話 048-824-2568（介護苦情相談専用） ご利用時間 午前 8 時 30 分～正午 午後 1 時～午後 5 時（土・日・祝日は除く）

6 事故発生時における対応方法

乙は、通所介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、利用者に対して応急措置、医療機関への搬送等必要な措置を講じます。発生した事故は、内容によっては基準に基づき、保険者、居宅介護支援事業所への報告を行います。

また、賠償すべき事故が発生した場合に備え、損害保険に加入し速やかにその対応を行います。ただし、乙に故意、過失がない場合はこの限りではありません。当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

・加入損害保険会社名：全国商工会連合会 ・加入損害保険名：超ビジネス保険

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。別紙の緊急時連絡先をご提出ください。

8 非常災害時の対策

（防火対象物用途区分：6 項イ）

非常時の 対応	別途定める災害非常時マニュアルに基づき対応を行います。					
避難訓練及び 防災設備	別途定める消防計画に基づき年 2 回避難訓練を行います。					
	設備名称	個数等	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー		防火扉・シャッター		誘導灯	3
	避難階段		屋内消火器	2	非常警報器具	1
	自動火災報知機		ガス漏れ探知機			
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。					

9 サービス利用に当たっての留意事項

- ・ サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- ・ 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- ・ 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ・ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・ 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ・ 持ち物には全てに記名をしてください。
- ・ 当事業所の職員が送迎業務や担当者会議等でご自宅にお伺いする場合があります。次の事項についてご理解とご協力をお願いします。
 - ① お茶やお菓子など、お心付けなどは、一切ご不要です。
 - ② 大切なペットの安全を守るためにも、ペットはゲージに入れる等のご協力をお願いします。
職員がペットに噛まれた場合等、怪我を負った場合、治療費のご相談をさせていただく場合があります。
 - ③ 写真、動画撮影、録音等は事前に事業所管理者の許可を受けてください。
- ・ 利用者またはその家族等が職員に対して、暴力・ハラスメント行為（厚生労働省より通知されている「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」に記載されているハラスメントの定義に該当する行為）を行った場合は、文書で通知する事により、直ちに契約を解除します。

※例：身体的暴力（物を投げつける、叩く、ひっかく、唾を吐く、服を引きちぎる等々）

精神的暴力（威圧的な態度で文句を言い続ける、怒鳴る、理不尽なサービスを要求・強要する、刃物等をちらつかせる等々）

セクシャルハラスメント（卑猥な言動を繰り返す、必要もなく手や腕などを触る等々）

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者

住 所 埼玉県坂戸市浅羽 1130-1

法人名 社会福祉法人久壽会

代表者 理事長 平塚 大

説明者

所 属 デイサービス好日の家 片柳

職 名

氏 名

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住 所

氏 名

代理人

住 所

氏 名