

通所介護・通所型サービス 重要事項説明書

<令和8年4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（相談・要望・苦情等）

電話 04-2966-0678（8時30分～16時30分）

センター長 加藤 雅典

生活相談員 吉田 小百合

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 苦情解決制度

利用者からの苦情に適切に対応する体制を整えるため、下記のとおり苦情申出窓口を設置し苦情解決に努めます。

苦情解決責任者 管理者 上田 修一 04-2963-4801

苦情受付担当者 センター長 加藤 雅典 04-2966-0678

第三者委員 元入間市連合区長会長 福島 隣一 04-2962-4510

当法人の元理事及び元施設長 井上 初男 04-2952-9952

その他の相談先

・入間市健康推進部介護保険課 04-2964-1111

・埼玉県国保連合会介護福祉課 苦情対応係 048-824-2568

（苦情受付専用）

・埼玉県運営適正化委員会 福祉サービス苦情相談係 048-822-1243

3 入間デイサービスセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類 通所介護又は入間市通所型サービス（独自）

(2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	入間デイサービスセンター
所在地	埼玉県入間市大字小谷田1656番地1
介護保険指定番号	通所介護・入間市通所型サービス（独自） (1172800326)
定員	37名
通常の事業の実施地域	入間市

※対象地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(3) 同センターの職員体制

職種	業務内容	配置数
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順守させるための必要な指揮命令を行います。	1人
生活相談員	生活相談、入浴、排泄、食事等の介護に関する相談及び援助を行います。	1人以上
看護職員	・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。 ・同一敷地内から、電話連絡ですぐに駆け付けられるようにしています。	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。	6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 (看護職員兼務)

(4) 同センターの設備等の概要

食堂	1室	機能訓練室	1室
静養室	1室	相談室	1室
事務室	1室		
機能訓練機器	5台		
浴槽	3台（一般浴槽、一人浴槽、）		
送迎車両	4台		

(5) サービス提供時間

営業日	月～土曜日（祝日含む）8時00分～20時00分
定休日	日曜日・1月1日～1月3日

※緊急連絡先 04-2966-0678

4 サービス内容

通所介護計画又は入間市通所型サービス（独自）計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、日常動作訓練、その他必要な介護を行います。具体的な内容は通所介護計画又は入間市通所型サービス（独自）をご覧ください。

5 料金

(1) 入間市通所型サービス（独自）

※費用総額は、単位に10.27円（入間デイサービスセンターの地域区分：6級地）を乗じた額になります。

①基本料金表（1月あたり）

区分	利用料		介護保険適用時の利用者負担額		
	単位	費用総額 (単位×10.27)	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1 4回まで	436 /回	4,477円	448円	896円	1,344円
要支援2 8回まで	447 /回	4,590円	459円	918円	1,377円

※令和6年4月1日より、要支援1の方はご利用が月4回まで、要支援2の方はご利用が月8回までになります。

②加算料金表（1月あたり）

※令和8年4月1日現在における当施設利用に伴う該当区分は、下線のある箇所になります。

区分	利用料		介護保険適用時の利用者負担額		
	単位	費用総額 (単位×10.27)	1割負担	2割負担	3割負担
生活機能向上 グループ活動加算	100	1,027円	103円	206円	309円
若年性認知症 利用者受入加算	240	2,464円	247円	493円	740円
栄養アセスメント加算	50	513円	52円	103円	154円
栄養改善加算	200	2,054円	206円	411円	617円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	1,540円	154円	308円	462円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	1,643円	165円	329円	493円

一体的サービス提供加算	480	4,929円	493円	986円	1,479円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援1	88	903円	91円	181円	271円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援2	176	1,807円	181円	362円	543円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援1	72	739円	74円	148円	222円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援2	144	1,478円	148円	296円	444円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援1	24	246円	25円	50円	74円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援2	48	492円	50円	99円	148円
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100 /3ヶ月	1,027円	103円	206円	309円
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	2,054円	206円	411円	617円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20/ 6ヶ月	205円	21円	41円	62円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5/ 6ヶ月	51円	6円	11円	16円
科学的介護推進体制加算	40	410円	41円	82円	123円
送迎を行わない時の減算+(片道)	片道あたり、47単位の減算				
中山間地域に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の5.0%加算				
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の9.2%加算				
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の9.0%加算				
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の8.0%加算				
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の6.4%加算				
業務継続計画未実施減算	所定単位数の1.0%を減算				
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の1.0%を減算				

※介護職員処遇改善加算について

《例》要支援1の利用者（基本単位のみで計算）

436単位×5.9%＝25単位（小数点以下切り捨て）

25単位×10.27円＝256円（1円未満の端数切捨て）

256円×90%＝230円（1円未満の端数切捨て）

256円－230円＝26円（利用者負担額）

(2) 通所介護利用料金

※費用総額は、単位に10.27円（入間デイサービスセンターの地域区分：6級地）を乗じた額になります。

①基本料金表（1日の利用が7時間以上8時間未満の場合）

区分	利用料		介護保険適用時の利用者負担		
	単位	費用総額 (単位×10.27)	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	658	6,757円	676円	1,352円	2,028円
要介護2	777	7,979円	798円	1,596円	2,394円
要介護3	900	9,243円	925円	1,849円	2,773円
要介護4	1,023	10,506円	1,051円	2,102円	3,152円
要介護5	1,148	11,789円	1,179円	2,358円	3,537円

②加算料金表（1回あたり）

※令和8年4月1日現在における当施設利用に伴う該当区分は、下線のある箇所になります。

区分	利用料		介護保険適用時の利用者負担額		
	単位	費用総額 (単位×10.27)	1割負担	2割負担	3割負担
<u>入浴介助加算（Ⅰ）</u>	<u>40</u>	<u>410円</u>	<u>41円</u>	<u>82円</u>	<u>123円</u>
入浴介助加算（Ⅱ）	55	564円	57円	113円	170円
科学的介護推進体制加算	40/月	410円	41円	82円	123円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	575円	58円	115円	173円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76	780円	78円	156円	234円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20/月	205円	21円	41円	62円
若年性認知症利用者受入加算	60	616円	62円	124円	185円
中重度者ケア体制加算	45	462円	47円	93円	139円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100/月	1,027円	103円	206円	309円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200/月	2,054円	206円	411円	617円
認知症加算	60	616円	62円	124円	185円
栄養改善加算	200	2,054円	206円	411円	617円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	205円	21円	41円	62円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	51円	6円	11円	16円
栄養アセスメント加算	50/月	513円	52円	103円	154円

口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 ／月	1,540円	154円	308円	462円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 ／月	1,643円	165円	329円	493円
ADL維持等加算（Ⅰ）	30 ／月	308円	31円	62円	93円
ADL維持等加算（Ⅱ）	60 ／月	616円	62円	124円	185円
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	22	225円	23円	45円	68円
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）	<u>18</u>	<u>184円</u>	<u>19円</u>	<u>37円</u>	<u>56円</u>
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）	6	61円	7円	13円	19円
送迎を行わない時の 減算+(片道)	片道あたり、47単位の減算				
介護職員 処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の9.2%加算				
介護職員 処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の9.0%加算				
介護職員 処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の8.0%加算				
介護職員 処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の6.4%加算				
業務継続計画未実施減算	所定単位数の1.0%を減算				
高齢者虐待防止措置 未実施減算	所定単位数の1.0%を減算				

※介護職員処遇改善加算について

《例》要介護1の利用者（基本単位のみで計算）

$658 \times 5.9\% = 38$ 単位（小数点以下切り捨て）

$38 \text{ 単位} \times 10.27 \text{ 円} = 390 \text{ 円}$ （1円未満の端数切捨て）

$390 \text{ 円} \times 90\% = 351 \text{ 円}$ （1円未満の端数切捨て）

$390 \text{ 円} - 351 \text{ 円} = 39 \text{ 円}$ （利用者負担額）

（3）介護保険外の費用

①食費 通常食及びケア食1食（おやつ代含む）あたり780円（全額自己負担）

②その他費用 レクリエーション費用の一部等は、実費をご負担していただきます。

※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ことがあります。その場合は、一旦1日又はひと月あたりの利用料金を全額実費負担していただき、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は、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）。

（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は、キャンセル料として上記（1）又は（2）に掲げる料金の一部又は全部をお支払いいただく場合があります。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

（5）支払方法

毎月15日までに前月分の請求をいたします。

お支払い方法は、預金口座振替（自動払込）でお願いします。毎月28日（金融機関が休業日の場

合は翌営業日)が振替日です。

口座振替による入金確認後に領収書を発行します。

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。

その後、通所介護計画又は入間市通所介護相当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、事前に担当の介護支援専門員とご相談ください。

長期入院及び長期入所後に利用の再開を希望された場合、心身に著しく変化が見られた場合や感染症等が疑われた場合は診断書の提出をお願いする場合があります。

(2) 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。

- ・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、利用者の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 健康上の理由による当日のサービス中止

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やサービス利用途中に体調が悪くなった場合、サービスの内容及び利用時間の変更、又は利用を中止していただくことがあります。

なお、体温については安全に配慮して37.5℃以上を一応の目安と考えておりますが、利用者の平熱も考慮しつつご家族に相談のうえ適切に対応いたします。

③健康上又は諸事情によりサービス利用時間の変更及び中止をされた場合、ご利用いただいたサービスについては、その料金をお支払いいただきます。

④サービス利用を中止した場合、原則としてサービスの振替変更はできませんのでご了承ください。ただし、同月内で利用予約数が定員内であればご利用いただける場合もありますので、担当の介護支援専門員に連絡のうえ、ご相談下さい。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化があった場合は、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等へ速やかに連絡いたします。

緊急連絡先①（ご家族等）	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
緊急連絡先②（ご家族等）	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
主治医	
病院・診療所名	
医師名	
住所	
電話番号	

※上記連絡先に変更が生じたときは、必ずお申し出ください。

9 事故発生時の対応について

（１）身元引受人等への連絡

サービス利用中に、利用者の転倒等により怪我を負われる等の事故が発生した際は、身元引受人等に事故状況の報告及び説明のため、速やかに連絡を行います。

（２）医療機関への受診

事故に伴う利用者の怪我の程度について、関係機関に連絡を行い、医療機関へ速やかに受診できるよう対処します。

（３）行政機関への連絡

事故発生状況や事故に伴う利用者の怪我の程度について、行政機関に報告が必要とされる場合は、速やかに事故報告を行います。

（４）事故に伴う損害の賠償

事故に伴う利用者の怪我等のうち、事業者の責任により利用者に生じた損害については、「利用契約書」第11条の規定に基づいて、その損害の賠償責任を負い、速やかに賠償に必要な手続き等を行います。ただし、事故の発生が不可抗力による時、事業所は賠償の責めを負わないものとします。

記入日 令和 年 月 日

指定通所介護、指定入間市通所型サービス（独自）の提供開始にあたり、利用者及び身元引受人又は代理人に対して、書面に基づいて重要な事項を掲示しました。

事業者 所在地	埼玉県入間市大字小谷田1656番地1	
事業者名	社会福祉法人 永仁会	
代表者	理事長 永田 雅良	㊞
説明者 事業所名	入間デイサービスセンター	
所属・氏名	生活相談員	㊞

私は、本書面により、重要な事項の確認し、サービスの提供開始について同意しました。

【利用者】

住所 _____

氏名 _____ ㊞

※利用者は、身体の状態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>

住所 _____

氏名 _____ ㊞

(利用者との続柄：)

【身元引受人又は代理人】 ※該当する項目に○印

1. 身元引受人（家族代表者）
2. 法定後見（ 後見 ・ 保佐 ・ 補助 ）
〈登記番号 _____〉
3. 任意後見
〈登記番号 _____〉
4. その他（委任状）

住所 _____

氏名 _____ ㊞

