通所介護・通所型サービス　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（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

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イ）	所定単位数の１１．１％加算				
介護職員 処遇改善加算（Ⅰロ）	所定単位数の１２．０％加算				
介護職員 処遇改善加算（Ⅱイ）	所定単位数の１０．９％加算				
介護職員 処遇改善加算（Ⅱロ）	所定単位数の１１．８％加算				
介護職員 処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の９．９％加算				
介護職員 処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の８．３％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
入浴介助加算（Ⅰ）	４０	４１０円	４１円	８２円	１２３円
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）	１８	１８４円	１９円	３７円	５６円
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イⅠ）	所定単位数の１１．１％加算				
介護職員処遇改善加算（Ⅰロ）	所定単位数の１２．０％加算				
介護職員処遇改善加算（ⅡイⅠ）	所定単位数の１０．９％加算				
介護職員処遇改善加算（ⅡロⅠ）	所定単位数の１１．８％加算				
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の９．９％加算				
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の８．３％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）

６５８×５．９％＝３８単位（小数点以下切り捨て）

３８単位×１０．２７円＝３９０円（１円未満の端数切捨て）

３９０円×９０％＝３５１円（１円未満の端数切捨て）

３９０円－３５１円＝３９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に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)。

（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ことがございます。

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

事故発生の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行います。ただし、事故の発生が不可抗力によるとき、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＞

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿