通所介護・総合事業(要支援・事業対象者)　重要事項説明書

＜令和７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

電話　０４９３－２１－２８００（午前８時３０分から午後５時３０分）

管理者・生活相談員　相笠　まさよ

生活相談員　　谷　　拓哉

　　篠原　幹夫

ご不明な点は、何でもお尋ねください。

２　デイサービスセンターひがしまつやま寿苑の概要

（1）　提供できるサービスの種類　　通所介護・総合事業(要支援・事業対象者)

（2）　施設の名称及び所在地等

施設名称	デイサービスセンターひがしまつやま寿苑
所在地	東松山市柏崎６２９－１
介護保険指定番号	（3）通所介護及び総合事業(要支援・事業対象者) １１７３３００９４６
通常の事業の実施地域	東松山市　　吉見町　　川島町

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（2）同センターの職員体制

	常　勤	非常勤	業務内容	計
管理者	１名（0）	0名（0）	サービス管理全般	１名（0）
生活相談員	3名（2）	0名（0）	生活上の相談等	3名（2）
看護職員	0名（0）	2名（1）	医療 健康管理業務	2名(1)
機能訓練指導員 理学療法士	0名（0）	2名（1） 5名（5）	機能訓練業務 機能訓練業務	2名（1） 5名（5）
介護職員	6名（3）	5名（0）	日常介護業務等	１１名(3)
うち介護福祉士	4名（2）	3名（0）		7名(2)

（　）内は男性職員再掲

(3)センターの設備の概要

定　員	３５名	静養コーナー	畳コーナー
食堂兼機能訓練室	１２３．９７㎡	相談室	１室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	送迎車	８台

（4）営業日及びサービス提供時間　　緊急連絡先　０４９３－２１－２８００

月～日曜日	午前９時００分～午後４時３０分
定休日	１月１日～３日

３　サービス内容

① 送迎　　専用車にて送迎を行います。車椅子の方にはリフト車をご用意します。

② 食事　　健康状況に応じ栄養バランスの取れた食事をご提供します。

③ 入浴　　安全でゆったりとした入浴を提供します。体の不自由な方には特別浴をご利用いただきます。

④ 機能訓練　　運動能力、機能向上　維持を目的としたリハビリを実施します。

⑤ 生活相談等　　在宅介護に関する生活相談をお受けします。

４　料金

（1）　通所介護利用料金

(基本料金) 地域単価　６級地　１０．２７円

	単位数(単位)	１日当たりの利用料金(円)	１日当たりの自己負担額(円)		
			１割負担	２割負担	３割負担
要介護１	655	6.726	673	1,346	2,018
要介護２	773	7,938	794	1,588	2,382
要介護３	896	9,201	921	1,841	2,761
要介護４	1,018	10,454	1,046	2,091	3,137
要介護５	1,142	11,728	1,173	2,346	3,519

(加算料金)

	単位数(単位)	１日当たりの利用料金(円)	１日当たりの自己負担額(円)		
			１割負担	２割負担	３割負担
入浴介助加算　（Ⅰ）	40	410	41	82	123
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	575	58	115	173
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	184	19	37	56

※科学的介護推進体制加算　　一ヶ月当たり　　４０単位

個別機能訓練加算　Ⅱ　　一ヶ月当たり　　２０単位

送迎減算（送迎を行わなかった場合）　片道　－４７単位、往復　－９４単位

※介護職員等処遇改善加算　Ⅰ　　９．２%

（その他利用料金）

昼食　　（１食）	680 円
おやつ　　（１食）	70 円
トロミ剤を使用した場合(１回)　(お茶ゼリーのみは１回 10 円)	20 円
日用品費　（１回） 内訳（タオル、シャンプー、ボディソープ、など）	130 円
教養娯楽費（１日） 内訳（習字、折り紙、絵画、刺繍、料理レク材料費、塗り絵、脳トレーニング） 嗜好品として（コーヒー、紅茶、ココア、オレンジジュースなど）	130 円
おむつ・紙パンツ（１枚）	150 円
パッド　　（１枚）	80 円
その他の実費　　（レクリエーション等）	実費

（２）総合事業(要支援・事業対象者)　(基本料金)

地域単価　６級地　１０．２７円

	単位数 (単位)	１月当たりの 利用料金(円)	１月当たりの自己負担額(円)		
			１割負担	２割負担	３割負担
要支援１	1,672	17,171	1,718	3,435	5,152
要支援２	3,428	35,205	3,521	7,041	10,562

(加算料金)

	単位数 (単位)	１月当たりの 利用料金(円)	１月当たりの自己負担額(円)		
			１割負担	２割負担	３割負担
サービス体制強化加算Ⅰイ 要支援１	72	739	74	148	222
サービス体制強化加算Ⅰイ 要支援２	144	1,478	148	296	444
運動機能向上加算	225	2,310	231	462	693

※科学的介護推進体制加算　　一ヶ月当たり　　４０単位

※介護職員等処遇改善加算　Ⅰ　　９．２%

（その他利用料金）

昼食　　（1食）	720円
おやつ　　（1食）	80円
トロミ剤を使用した場合(1回)　(お茶ゼリーのみは1回10円)	20円
日用品費　（1回） 内訳（タオル、シャンプー、ボディソープ、など）	140円
教養娯楽費（1日） 内訳（習字、折り紙、絵画、刺繍、料理レク材料費、塗り絵、脳トレーニング） 嗜好品として（コーヒー、紅茶、ココア、オレンジジュースなど）	140円
おむつ・紙パンツ（1枚）	150円
パッド　　（1枚）	80円
その他の実費　　（レクリエーション等）	

（3）キャンセル料　（介護予防及び第一号通所介護を利用の方は除く）

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の前日午後１７時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の当日午前８時までにご連絡いただいた場合	１日の利用料の１０％
③ご利用日の当日午前８時までにご連絡がなかった場合	１日の利用料の５０％

5　支払方法

毎月、２０日までに前月分の請求を発行し、ご指定の口座より２８日自動振替とさせていただきます。

6　サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、お電話でお申込みください。当施設職員がお伺いいたします。通所介護計画・総合事業(要支援・事業対象者)と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。居宅サービス計画及び予防サービス計画の作成を居宅介護支援事業所に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

（2）サービス利用契約の終了

①お客様の御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当社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１ヶ月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。

・お客様が介護保険施設に入所した場合

・介護（予防）給付でサービスを受けていたお客様が、自立（非該当）と認定された場合。

・要介護者が要支援者になった場合、要支援者が要介護者になった場合。（ただし、この場合は条件を変更して再度契約することができます）

・お客様がお亡くなりになった場合

④その他

・当センター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、お客様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お客様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。

・お客様が、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、お客様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、お客様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、又はお客様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、文章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　サービス内容に関する相談・苦情

〇お客様苦情・要望・相談窓口

通所介護に関する苦情、要望、相談等は生活相談員、下記窓口までお申し出ください

☆苦情相談窓口

電話番号　０４９３－２１－２８００　　担当者　相笠　まさよ

（受付時間　８時３０分～１７時３０分）　　谷　　拓哉

篠原　幹夫

8　事故発生時の対応

・利用者に対する指定通所介護等提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員（介護予防にあっては包括支援センター）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

・前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録する。

・利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います

９　その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます

①　東松山市役所　高齢介護課　　０４９３－２３－２２２

（受付時間 ８：３０～１７：１５）

②　吉見町役場　健康推進課介護保険係　　０４９３－５４－１５１１

（受付時間 ８：３０～１７：１５）

③　川島町役場　健康福祉課　福祉グループ　　０４９－２９７－１８１１

（受付時間 ８：３０～１７：１５）

④　埼玉県国民健康保険団体連合会　苦情相談専用　０４８－８２４－２５６８

（受付時間 ８：３０～１２：００、１３：００～１７：００）

１０　第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	１　あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	１　あり　　２　なし
	２　なし		

令和　　年　　月　　日

通所介護及び総合事業（要支援・事業対象者）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　　社会福祉法人　一寿会
事業所　　デイサービスセンターひがしまつやま寿苑
説明者　　職名　　生活相談員
　　氏名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護・介護予防及び第一号通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住所

氏名　　印

家族代表者又は代理人［　　］

住所

氏名　　印

※［　　］内に利用者との関係をご記入ください。

個　人　情　報　使　用　同　意　書

私（利用者及びその後見人または家族）の個人情報については、次に記載するところにより、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

利用者の適切な介護サービス提供が実施されるため、または円滑なサービスの提供が施されるために、実施されるサービス担当者会議や、主治医との協議、介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において、情報の共有が判断される場合。

２．使用する期間

令和　　年　　月　　日　～　前項の必要性がなくなるまで

３．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、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

以上

令和　　年　　月　　日

デイサービスセンターひがしまつやま寿苑
施設長　　新井　　隆　　様

利用者　　住所

氏名　　印

家族代表者又は代理人　　住所

氏名　　印