

重 要 事 項 説 明 書
(地 域 密 着 型 通 所 介 護)

デイサービスセンター 奏 明用

株式会社 美心

地域密着型通所介護重要事項説明書

<令和 7 年 4 月 1 日 現在>

1 地域密着型通所介護事業者（法人）の概要

| | |
|---------|--|
| 名称・法人種別 | 株式会社 美心・営利法人 |
| 代表取締役 | 加藤 昌克 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒369-0135 埼玉県鴻巣市明用37-1 (TEL) 048-579-5502 (FAX) 048-579-5507 |

2 事業所の概要

| | |
|---------|---|
| 事業所名 | デイサービスセンター奏 明用 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 埼玉県鴻巣市明用37-1 (TEL) 048-579-5502 (FAX) 048-579-5507 |
| 事業所番号 | 1191700275 |
| 管理者の氏名 | 五月女敦也 |
| 利用定員 | 地域密着型通所介護（10名） |

3 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 人数 (人) | 区分 | | 常勤換算後 の人数(人) | 職務の内容 |
|---------|-----------|-------|------------|-----------------|----------|
| | | 常勤(人) | 非常勤 (人) | | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1.0 | 事業所の管理 |
| 生活相談員 | 3 | 1 | 2 | 1.1以上 | 相談・生活指導等 |
| 介護職員 | 2 | 2 | 2 | 1.1以上 | 介護全般 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 1 | 0 | 機能回復訓練等 |

4 事業の特色

| | |
|----------------------|--|
| 事業の目的 | これまで続けてこられたその人らしい暮らしを、住み慣れた環境の中で一日でも長く続けられるように、また介護者様の負担軽減のお手伝いにも努めながらサービスを提供します。 |
| 運営の方針 | <ul style="list-style-type: none">・少人数制を活かし、ひとりひとりの「その人らしい生き方」を尊重したケアの提供を行います。・職員全員が豊富な知識・技術、高い倫理観、深い人間性を備えた専門職としての自覚を持ち支援にあたります。・住み慣れた地域で、ニーズに沿ったサービスの提供と共に、新たなサービスの創造にも努めます。・様々な社会資源、ネットワークを活用し、地域と共に生きる施設を目指します。 |
| 地域密着型通所介護計画の作成及び事後評価 | 担当ケアマネジャーが作成したケアプランに沿って、地域密着型通所計画を作成し、サービス提供を行います。 また毎月1回、サービス提供の目標達成状況などを評価し、その結果を書面（サービス報告書）で担当ケアマネジャーに報告し、情報共有に努めます。 |
| スタッフ会議 | 毎月1回、ご利用者様の介助や対応方法を検討し、業務に活かしています。 |

5 事業の実施地域

| | |
|---------|-----|
| 事業の実施地域 | 鴻巣市 |
|---------|-----|

6 営業日時

| | |
|----------|--------------------|
| 営業日 | 月曜日から日曜日まで |
| 営業時間 | 午前8時30分から午後6時00分まで |
| サービス提供時間 | 午前9時30分から午後4時45分まで |
| 営業しない日 | 1月1日から1月3日まで |

7 サービスの内容

| 種 類 | 内 容 |
|--------|---|
| 食 事 | (食事時間) 12:00~13:00 配食弁当を利用。おかずは利用者の食べやすい大きさにしてトレイに盛り付け、ご飯も温めたものを提供します。希望があればお粥も対応いたします。 |
| 入 浴 | 個人浴槽で一人ずつの入浴です。 着脱・洗体の介助を行い、入浴後は持参されたクリームなど塗布します。 入浴サービスの利用は任意です。 |
| 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、身体機能の低下防止に努めます。 特に心身機能の向上の為、屋外散歩に重点的に取り組んでいます。 ＜当施設の保有するリハビリ器具＞ 車いす 5台 シルバーカー 2台 |
| 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や問題解決に向けて取り組みます。 |
| 送 迎 | ご自宅玄関から施設内までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。 |

8 利用料

介護保険の適用がある場合原則として料金表の利用料金の1割又は2割3割が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額についてはサービス内容説明書に記載します。

【料金表】令和6年6月1日改正

(1) 基本利用料（カッコ内は単位数）

【所要時間7時間以上8時間未満の場合】 地域単価 : 10.27円

| 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 7,733円 (753) | 9,140円 (890) | 10,598円 (1,032) | 12,036円 (1,172) | 13,474円 (1,312) |

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。

※上記の基本利用料は、厚生労働大臣が定めた単位数（カッコ内の数字）に地域単価数（10.27）を乗じた金額です。

(2) 加算・減算 料金

| 種 類 | 利 用 料 |
|-------------|-----------------|
| 入浴介助加算 | 410円 (40)／回 |
| 送迎減算 | 482円 (47)／回 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ | 総単位数に6.4%を乗じたもの |
| | |
| | |

上記加算料金につきましては該当者のみ 加算・減算となります。

・介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される時は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますので、ご注意ください。

・上記金額の1割、2割又は3割が自己負担金となります。

(3) 介護保険給付対象外サービス

- 食材料費
食事サービスを受ける方は、食材料費750円/食が必要となります。
- その他の費用
地域密着型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。
- キャンセル料
当日の欠席連絡は8:50までをお願いいたします。それ以降のご連絡の場合、食料費としまして550円をいただきます。

(4) 利用料等のお支払方法

お引き落としとなっております。

その他のお支払い方法についてはご相談ください。

9 秘密の保持

- ・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員との雇用契約の内容とします。
- ・利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会等で利用者の個人情報を用いませぬ。
- ・利用者及び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り扱いのためのガイドランス」を遵守し、適切な取り扱いに努めます

10 虐待防止について

- ・利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、次の措置を講じます。
 - ① 虐待を防止するための従業員に対する研修の実施
 - ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - ③ その他、虐待防止のために必要な処置
- ・従業員又は養護者(利用者の家族等 高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した時は、速やかにこれを市役所に通報するものとします。

1.1 サービス内容に関する苦情等相談窓口

| | |
|----------------|---|
| 当法人お客様相談窓口 | 窓口責任者 五月女敦也 ご利用時間 9:00~17:00 ご利用方法 電話(048-579-5502) 面接(当事業所相談室にて) ご意見箱(玄関内に設置) |
| 埼玉県国保連相談窓口 | 住所 埼玉県さいたま市中央区大字下落合1704番 国保会館4階 電話 048-824-2568 ご利用時間 平日(12/29~1/3を除く) 午前8:30~正午 午後1:00~午後5時 |
| 鴻巣市役所 介護保険課 | 住所 埼玉県鴻巣市中央1-1 電話 048-541-1321 ご利用時間 平日(12/29~1/3を除く) 午前8:30~午後5:15 |

1.2 事故発生時における対応方法

サービスの提供にあたって事故が発生した場合は速やかに利用者の家族、担当のケアマネジャーに連絡をとるとともに、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、保険者への報告を行います。

1.3 損害賠償について

事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者に故意、過失がない場合はこの限りではありません。また損害の発生について、利用者の故意又は過失が認められた場合は、損害賠償の額を軽減させていただきます。

1 4 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、速やかにお客様の主治医、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。

| | | |
|-----|----------------|--------|
| 主治医 | 【 病院名 】 所在地 | 【 】 |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|-----------------|------------|-----|
| 緊急時連絡先 (家族等) | 氏名 (続柄) | () |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|-----------------|------------|-----|
| 緊急時連絡先 (家族等) | 氏名 (続柄) | () |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |

1 5 非常災害時の対策

| | | | | |
|------------|-----------------------------|-----|-----------|-----|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり年1回避難訓練を行います。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 無し | 防火扉・シャッター | 無し |
| | 避難階段 | 無し | 屋内消火器 | 有り |
| | 自動火災感知器 | 有り | ガス漏れ探知機 | 無し |
| | 誘導灯 | 有り | 火災報知機 | 有り |

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。

16 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と介護保険負担割合証をご提示ください。
- 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。

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、地域密着型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 7年5月3日

事業者 住 所 〒369-0135
埼玉県鴻巣市明用 37-1
事業者名 株式会社 美心
代表取締役 加藤 昌克 印

説明者 職 名 管理者
氏 名 五月女敦也 印

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、地域密着型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 7年 5月 3日

利用者 住所 鴻巣市吹上富士見1-14-17
氏名 戸塚 治夫 印

代理人（選任した場合） 住所

氏名

印