

**地域密着型通所介護および介護予防通所介護相当サービス重要事項説明書**  
 <令和 年 月 日現在>

1 通所介護及び介護予防通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	有限会社 みどりの郷あすか
代表者名	松井 一英
所在地・連絡先	(住所) 埼玉県東松山市大字大谷 1538 - 1 (電話) 0493-53-6888 (Fax) 0493-53-6889

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	みどりの郷あすかデイセンター
所在地・連絡先	(住所) 埼玉県東松山市大字大谷 1538 - 1 (電話) 0493-53-6888 (Fax) 0493-53-6889
事業所番号	1173300714
管理者の氏名	岩倉 大二郎
利用定員	地域密着型通所介護 (16名)

(2) 事業所の職員体制

(通所介護)

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 (兼務)		1	事業所の管理
生活相談員	2	1 (専従) 1 (兼務)		1	相談・生活指導等
介護職員	2	1 (専従)	1 (専従)	1	介護全般
機能訓練指導員	3	1 (専従)	2 (専従)	1	機能回復訓練等

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（8：30 から 17：30） 常勤で勤務	ローテーションによる
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30 から 17：30） 常勤で勤務	ローテーションによる
介護職員	正規の勤務時間帯（8：30 から 17：30） 常勤で勤務	ローテーションによる
機能訓練指導員	常勤勤務	ローテーションによる

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	東松山市内
---------	-------

※ 送迎地域外

通常の事業の実施地域を越えて行う通所介護に要した交通費は、その自費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

：実施地域を越えた地点から、片道1km未満50円

：実施地域を越えた地点から、片道1kgごとに100円

(5) 営業日

営業日	営業時間
月曜日～土曜日	8時30分～17時30分 (祝・祭日含む)

営業しない日	年末年始（12月30日～1月3日）
--------	-------------------

### 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) 12:00~13:30 家庭的で温かく美味しい食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です
入 浴	入浴の時間は9:30~15:00迄。 個人浴槽です。 午前中から順番にご案内できます。 入浴又は清拭を行います。 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、 身体機能の低下を防止するよう努めます。特に心身機能の向上の為、 器具等のご利用もできます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 手押車 3台      リハビリ器具 5台 車いす 10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に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。

## イ 費用

介護保険の適用がある場合は、利用者負担割合に応じた額とする。

詳しくは介護保険負担割合証をご確認ください。

お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書もしくは別紙料金表にて説明いたします。

### 【料金表】

下記内容の自己負担額は 10 割の金額です。

- 要支援 1 月額利用料金 18.465 円
- 要支援 2 月額利用料金 37.187 円
- 運動器機能向上加算 2.310 円

### ○地域区分の見直しについて

東松山市 6 級地

上乗せ割合 6%

1 単位 = 10.27 円となります。

### ○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
6.963円	8.226円	9.499円	10.773円	12.036円

### ○所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7.733円	9.140円	10.598円	12.036円	13.474円

### ○加算（1回につき）

種 類	利 用 料
入浴介助加算Ⅱ	564円
個別機能訓練加算Ⅰイ	575円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	9.0%
サービス提供体制加算Ⅱ	185円

### ○送迎

居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき 47 単位を所定単位数から減算します。

- ・ 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。

#### (2) 介護保険給付対象外サービス

- 食材料費 1食あたり700円（おやつ代100円含む）  
食事サービスを受ける方は、材料費の実費が必要となります。
- 理美容代  
自費となります。（1,600円）
- オムツ代  
オムツを使用される方は、オムツ代の実費が必要となります。（別表の通り）
- 事業の実施地域外の送迎費  
2-(4)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。（地域外部分1kmごとに100円）
- 日常生活に要する費用（200円）  
費目及び金額は別表の通り
- キャンセル料
  - ① サービス当日、午前8時15分までにご連絡を頂いた場合（無料）
  - ② サービス当日、午前8時15分までにご連絡を頂けなかった場合（1日利用料の30%）  
※ やむを得ない事情があった場合は除く。
- 水道・光熱費等（300円）

#### (3) 利用料等のお支払方法

月末締め翌月10日引き落とし又は現金で支払い。領収書を発行します。  
その他のお支払い方法についてはご相談ください。

### 4 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し込みください。居宅介護支援事業者によるケアプランが必要になります。適正な居宅介護支援事業所をご紹介します。

#### (2) サービス利用計画の終了

- ① 利用者のご都合でサービス利用計画を終了する場合  
サービスの終了を希望する1週間前までにお申し出下さい。
- ② 事業者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頂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
  - ・ 利用者が介護保健施設に入所した場合
  - ・ 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、自立と認定された場合
  - ・ 利用者がお亡くなりになった場合

#### ④その他

当事者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・ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または事業者が破産した場合、利用者は解約の申し出をする事によって即座にサービスを終了する事ができます。

利用者が、サービス料金の支払いを1ヶ月以上延滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合、利用者が正当な理由なくサービス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事が明らかになった場合、又は利用者やご家族などが当事業所や当事業所の従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背任行為を行なった場合は、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できます。

### 5 事業所の特色等

#### (1) 事業の目的

各利用者様のご要望に合わせた通所介護サービスを提供いたします。

少人数制を活かして個人個人にあったケアを提供いたします。

#### (2) 運営方針

①わたしたちは、お客様を尊敬し、その命を守り、責任を持って介護を行ないます。

②わたしたちは、ひとりひとりに「目配り・気配り・心配り」ができる個別ケアに真正面から取り組んでいます。

③わたしたちは、住み慣れた地域社会の中で、尊厳を保ちながら「自分が自分らしくありのまま」に生活できるようにお手伝いします。

④わたしたち職員全員が「介護職人」だと自負し、より質と満足度が高いケアを目指して取り組んでいます。

⑤わたしたちは、「必要な時」に「必要な量」の介護サービスを「必要な地域」で提供し、在宅生活をサポートします。

⑥わたしたちは、誰もが安心して生活できる地域社会づくりに、草の根から貢献します。

(3) その他

事項	内容
地域密着型通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所は、お客様の直面している課題等を評価し、お客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（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年4回、技術から制度・接遇の研修を行っています。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者	堀 正人
	ご利用時間	8：30～17：30
	ご利用方法	電話（ 0493 - 53 - 6888 ） 面接（当事業所相談室） 苦情箱（事務室に設置）

その他

当センター以外に市町村の相談 苦情窓口等でも受け付けています。(8:30~17:15)  
東松山市高齢介護課 電話（ 0493-23-1406 ）  
嵐山町役場長寿生きがい課 電話（ 0493-62-0718 ）  
吉見町役場健康推進課 電話（ 0493-63-5013 ）  
滑川町役場町民保険課 電話（ 0493-56-2056 ）  
埼玉県国民健康保険団体連合会 電話（ 048-824-2568 ）

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 及 び 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	

## 8 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
	消火器	4	天井上	15
	誘導灯	5	熱式天井下	34
	自動火災報知機	1	スプリンクラー	各所
	非常用照明	4		
	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。			

防火管理権原者 福田隼社

## 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と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票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。
- 利用者受け入れについて薬と処方箋不備について、薬と処方箋の不備がないようにお願いします。万が一不備があった場合、ご家族様は直ちに正しいものをご用意持参するようお願い致します。

## 10 運営推進会議について

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6カ月に一回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

## 11 第三者の評価について

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 あり  
 第三者による評価の実施状況 なし

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及び介護予防通所介護相当サービスの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	埼玉県東松山市大字大谷字前原 1538 - 1
	法人名	有限会社 みどりの郷あすか
	代表者名	松井 一英 印

説明者	職 名	
	氏 名	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サービス及び介護予防通所介護サービスの内容及び重要事項の説明を受け同意いたします。

令和 年 月 日

利用者	住所	
	氏名	印

保証人	住所	
	氏名	印

(2) 介護保険適用外の分

内 容	金 額	回／週	1 週間あたりの利用料
食材料費	600 円	×	円
おやつ	100 円	×	円
自費	200 円	× (回)	円
リハビリパンツ	250 円	× (枚)	円
パット代	150 円	× (枚)	円
連絡ノート	0 円	× (冊)	0 円
1 週間あたりの合計額			円

介護保険適用外の分の 1 週間あたりの利用料は\_\_\_\_\_円になります。

(3) 実施地域外の送迎費については、必要ありません。  
実費 \_\_\_\_\_円となります。(片道)

(4) 地域密着型通所介護サービス及び介護予防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。

3 キャンセル料

- ①サービス当日、午前 8 時 15 分までにご連絡を頂いた場合 (無料)
- ②サービス当日、午前 8 時 15 分までにご連絡を頂けなかった場合 (1 日利用料の 30%)  
※ やむを得ない事情があった場合は除く。

4 利用料等のお支払方法

お支払い方法についてはご相談ください。  
基本的には銀行からの引き落としの手続きをお願いしております。  
銀行用紙をお渡しいたしますのでご確認ください。

5 この地域密着型通所介護契約及び介護予防通所介護相当サービス契約は、指定居宅介護支援事業所 \_\_\_\_\_の介護支援専門員であるが利用者様のために作成した居宅サービス計画 (ケアプラン) に従った内容です。

## 個人情報同意書

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとお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

- (1) 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報提供

#### 2、使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

#### 3、使用する期間

契約で定める期間

#### 4、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に細心の注意を払うこと
- (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

有限会社 みどりの郷あすか 御中

令和 年 月 日

〈利用者〉

住所

氏名

印

〈家族の代表〉

住所

氏名

印

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

印

個人情報（画像、写真）同意書

私（利用者）は施設内で撮影された写真や動画について個人情報を施設内での掲示、ご家族様や介護支援専門員、みどりの郷あすかホームページなどにおいて掲載することについて

・ 同意します

・ 同意しません

掲載については出来る限り個人の判別が出来ないように配慮させていただきます。

有限会社 みどりの郷あすか 御中

令和 年 月 日

〈利用者〉

住所

氏名

印

〈家族の代表〉

住所

氏名

印

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

印