

【別紙4】 指定通所介護・第一号通所介護重要事項説明書

〔令和 7 年 4 月 1 日現在〕

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス
代表者役職・氏名	理事長 費 正基
本社所在地・電話番号	神奈川県海老名市中央4-16-1
法人設立年月日	1973年10月15日

2 サービスを提供する事業所の概要

（1）事業所の名称等

名 称	デイサービス東埼玉
事業所番号	通所介護・第一号通所介護 (指定事業所番号1171100694)
所在地	〒345-0025埼玉県北葛飾郡杉戸町清地2-1-2
電話番号	0480-34-2063
FAX番号	0480-53-6726
通常の事業の実施地域	杉戸町・宮代町・幸手市

（2）事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで (12月30日から1月3日までを除く。)
営業時間	午前8時30分から午後6時まで
サービス提供時間	午前9時から午後4時30分まで
延長サービス可能時間帯	応相談（ご希望の方は申し出ください）

（3）事業所の勤務体制

職 種	業務内容	勤務形態・人数
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遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常 勤 1人
生活相談員	生活相談、入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助を行います。	常 勤 1人
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。	常 勤 人 非常勤 人
介護職員	必要な日常生活の世話及び介護を行います。	常 勤 人 非常勤 人
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。	常 勤 人 非常勤 人

3 サービス内容

- ・食事の提供
- ・入浴（一般浴・機械浴）
- ・日常生活の世話
- ・日常生活動作の機能訓練・・・ 日常生活、レクリエーションを通じた訓練
- ・送迎
- ・個別機能訓練・・・・・・・・・・ 個別の機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施
- ・口腔機能向上・・・・・・・・・・ 口腔機能の低下している又はそのおそれがある利用者に対し、口腔機能改善のための計画を作成し、口腔機能向上サービスを実施
- ・延長サービス

4 利用料、その他の費用の額

(1) 通所介護の利用料

ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料の1割又は2割、3割の額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

【通所介護費（通常規模）】（1単位10.27円）

1回当たりの 所要時間	介護度	基本利用料	利用者負担額 1割	利用者負担額 2割	利用者負担額 3割
2時間以上 3時間未満	要介護1	2,793円	280円	559円	838円
	要介護2	3,193円	320円	639円	958円
	要介護3	3,604円	361円	721円	1,082円
	要介護4	4,025円	403円	805円	1,208円
	要介護5	4,436円	444円	888円	1,331円
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,790円	379円	758円	1,137円
	要介護2	4,344円	435円	869円	1,304円
	要介護3	4,919円	492円	984円	1,476円
	要介護4	5,473円	548円	1,095円	1,642円
	要介護5	6,038円	604円	1,208円	1,812円

1回当たりの 所要時間	介護度	基本利用料	利用者負担額 1割	利用者負担額 2割	利用者負担額 3割
4時間以上 5時間未満	要介護1	3,984円	399円	897円	1,196円
	要介護2	4,559円	456円	912円	1,368円
	要介護3	5,155円	516円	1,031円	1,547円
	要介護4	5,751円	576円	1,151円	1,726円
	要介護5	6,836円	684円	1,368円	2,051円
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,853円	586円	1,171円	1,756円
	要介護2	6,911円	692円	1,383円	2,074円
	要介護3	7,979円	798円	1,596円	2,394円
	要介護4	9,037円	904円	1,808円	2,712円
	要介護5	10,105円	1,011円	2,021円	3,032円
6時間以上 7時間未満	要介護1	5,997円	600円	1,200円	1,800円
	要介護2	7,076円	708円	1,416円	2,123円
	要介護3	8,184円	818円	1,635円	2,453円
	要介護4	9,253円	926円	1,851円	2,776円
	要介護5	10,352円	1,036円	2,071円	3,106円
7時間以上 8時間未満	要介護1	6,757円	676円	1,352円	2,028円
	要介護2	7,979円	798円	1,596円	2,394円
	要介護3	9,243円	925円	1,849円	2,773円
	要介護4	10,506円	1,051円	2,102円	3,152円
	要介護5	11,789円	1,179円	2,358円	3,537円

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

① サービスの実施による加算（1単位10.27円）

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額 1割	利用者負担額 2割	利用者負担額 3割
入浴介助 加算	利用者の入浴介助を行った 場合	1日につき 410円	41円	82円	123円
生活機能 向上連携 加算Ⅰ	外部の通所リハビリテーシ ョン事業所等のリハビリテ ーション専門職が通所介護 事業所を訪問し、共同でア セスメントを行い、個別機 能訓練計画等を作成した場 合	1月につき 2,054円	206円	411円	617円
生活機能 向上連携 加算Ⅱ2	個別機能訓練加算を算定し ている場合	1月につき 1,027円	103円	206円	309円
個別機能 訓練加算 Ⅰイ	利用者の個別ニーズに対応 する機能訓練体制、人材要 件(配置時間の定めなし)を 満たし、利用者へ個別機能 訓練を行った場合	1日につき 575円	58円	115円	173円
個別機能 訓練加算 Ⅰロ	加算Ⅰイの配置(専従1名以 上、配置時間の定めなし) に加え、専従1名(配置時間 の定めなし)が配置されて いる時間帯で個別機能訓練 を行った場合	1日につき 780円	78円	156円	234円
個別機能 訓練加算 Ⅱ	個別機能訓練加算Ⅰロの要 件に加え、個別機能訓練計 画等のデータ提出とフィー ドバックを活用している場 合	1日につき 205円	21円	41円	62円
口腔機能 向上加算	口腔清掃や摂食・嚥下機能 訓練などの口腔機能向上サ ービスを行った場合(1月 に2回を限度)	1日につき 1,540円	154円	308円	462円
科学的介 護推進体 制加算	利用者ごとのADL値、栄養状 態、口腔機能、認知症の状 況その他の利用者の心身の 状況等に係る基本的な情報 を、LIFEを用いて厚生労働 省に提出している場合	1月につき 410円	41円	82円	123円

送迎減算	送迎を行わない場合	片道 1回につき ▲482円	▲49円	▲97円	▲145円
------	-----------	----------------------	------	------	-------

②加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額 1割	利用者負担額 2割	利用者負担額 3割
サービス提供 体制強化加算 I	加算の体制・人材要件を満たす場合	1日につき 225円	23円	45円	68円
中重度者ケア 体制加算	中重度の要介護者を受け入れる体制を構築する場合	1日につき 462円	47円	93円	139円
介護職員等処遇 改善加算 I	介護職員の賃金の改善等を実施し、加算のキャリアパス要件のすべてに適合し、職場環境等要件を満たす場合	1月につき 基本利用料の9.2%			

(2) 第一号通所介護（杉戸町・宮代町）の利用料

ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料の1割又は2割、3割の額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

(1単位10.27円)

区分	基本利用料	利用者負担額1割	利用者負担額2割	利用者負担額3割
要支援1	月4回まで 4,477円/回	1回につき 448円	1回につき 896円	1回につき 1,344円
	月4回を超えた場合 18,465円/月	1月につき 1,847円	1月につき 3,693円	1月につき 5,540円
要支援2	月8回まで 4,590円/回	1回につき 459円	1回につき 918円	1回につき 1,377円
	月8回を超えた場合 37,187円/月	1月につき 3,719円	1月につき 7,438円	1月につき 11,157円

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

① サービスの実施による加算（1単位10.27円）

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額 1割	利用者負担額 2割	利用者負担額 3割
生活機能向上連携加算Ⅱ	個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能の向上のため日常生活上の支援活動を行った場合	1月につき 2,054円	206円	411円	617円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、LIFEを用いて厚生労働省に提出している場合	1月につき 410円	41円	82円	123円
口腔機能向上加算	口腔清掃や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能向上サービスを行った場合	1月につき 1,540円	154円	308円	462円
送迎減算	送迎を行わない場合	片道 1回につき ▲482円	▲49円	▲97円	▲145円

② 加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件		利用料	利用者負担額1割	利用者負担額2割	利用者負担額3割
サービス提供体制強化加算Ⅰ	加算の体制・人材要件を満たす場合	要支援 1	1月につき 903円	91円	181円	271円
		要支援 2	1月につき 1,807円	181円	362円	543円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	介護職員の賃金の改善等を実施し、加算のキャリアパス要件のすべてに適合し、職場環境等要件を満たす場合		1月につき 基本利用料の9.2%			

(3) その他の費用

送迎費	通常の事業所の実施地域にお住まいの方は無料です。 それ以外の地域にお住まいの方は、送迎に要する費用の実費をご負担していただきます。 通常の事業の実施地域を越えた地点から、 <u>1km</u> 当たり21円となります。
食費 (おやつ代含む)	1日につき <u>800円</u>

おむつ代	1枚につき、 <u>リハビリパンツ150円、おむつ100円、パット30円</u>
レク材・イベント等費用	利用者の希望により提供するレクリエーションやイベントに必要な費用として、 <u>実費100円</u> をご負担していただきます。
延長料金	利用者の希望により、通常に通所介護に要する時間を超えてサービスを利用した場合にご負担していただきます。 <u>1時間につき1,000円</u> となります。

(4) キャンセル料（第一通所介護を除く）

利用予定日の直前にキャンセルをした場合は、キャンセル料をいただきます。ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急、御連絡ください。

利用日の前々日までに連絡があった場合	無料
利用日の前日に連絡があった場合	当該基本料金の50%の額
利用日当日、又は連絡がなかった場合	当該基本料金の100%の額

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

- ① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。
- ② 請求書は、利用月の翌月10日過ぎに発行します。

(2) 支払い方法等

- ① 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。
 - ・現金払い
 - ・事業者が指定する口座への振り込み
 - ・利用者が指定する口座からの自動振替
(振替日は請求月の28日となります。休日の場合は翌営業日となります。)
- ② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください。
(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)

6 秘密の保持

- (1) 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、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- (3) 利用者又は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扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治の医師	医療機関の名称	
	氏 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊急連絡先 ①（家族等）	氏 名	
	電 話 番 号	
緊急連絡先 ②（家族等）	氏 名	
	電 話 番 号	

8 事故発生時の対応

- （1）サービス提供により事故が発生した場合は、すみやかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。
- （2）事故防止のため、施設内において転倒、転落、誤嚥、無断離設などについて、具体的な事故防止の対策を関係職員に周知するとともに、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発防止策を検討します。
- （3）サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。
ただし利用者の責に起因した事故の場合はその範囲ではありません。

保険会社名：三井住友海上火災保険株式会社 保険名：居宅サービス事業者総合補償制度

9 非常災害対策

- （1）事業所に災害対策に関する担当者（防火責任者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
防火責任者：管理者
- （2）非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、定期的に職員に周知します。
- （3）定期的に避難、救助その他必要な訓練を行います。

10 虐待の防止に関する体制

利用者の人権の擁護・虐待防止のために、「高齢者虐待の防止・高齢者養護者に対する支援等に関する法律」を遵守するとともに、下記の対策を行います。

- (1) 虐待の疑いがあった場合、虐待の事実を速やかに管理者へ伝えます。
- (2) 管理者を中心に、関係者への聞き取りを行い、内容を整理します。
- (3) 虐待の事実が確認された場合、もしくは事実が確認されなくても、「虐待の疑いあり」と判断した段階で速やかに再発防止策を検討し、施設内で実行します。
- (4) 事実確認や聞き取り調査の結果「虐待の疑いあり」と判断した段階で市町村への通報・報告を行います。

11 衛生管理等

事業所において感染症が発生又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話等を活用して行うことを含む）を概ね6月に1回以上開催すると共に、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

12 業務継続計画（BCP）の策定

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し業務継続計画について周知すると共に、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

13 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。
- ・ 苦情等を速やかに責任者へ伝えます。
 - ・ 直ちに相手方と連絡を取り、内容を整理します
 - ・ 検討会議を開催し、その結果に基づいた対応を行います。
 - ・ 検討・対応の結果を他の従業者に伝え、記録を保管し再発防止に役立てます。

(2) 苦情相談窓口

担 当	管理者 松岡康恵 生活相談員 松岡康恵・眞田沙織
電話番号	0480-34-2063
受付時間	午前8時30分から午後5時まで
受 付 日	月曜日から土曜日まで (12月30日から1月3日までを除く。)

市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に、苦情を伝えることができます。

杉戸町 高齢介護課	0480-33-1111(代)
宮代町 健康管理課	0480-34-1111(代)
幸手市 介護福祉課	0480-42-8444
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係	048-824-2568 (苦情相談専用)

1.4 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (2) 主治の医師から指示事項がある場合は申し出てください。
- (3) 当事業所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、ご利用者様や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、ご利用者様は文書で解約を通知することによって、サービスを終了することができます。
- (4) ご利用者様がサービス利用料金の支払いを2カ月以上遅延し、料金を支払うよう文書にて催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、利用者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、利用者様が入院又は病気等により3カ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、ご利用者様やご家族様などが当事業所や当事業所のサービス提供従事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のよりサービスを終了させていただく場合がございます。
- (5) 特別な事情がある場合を除き、当事業所への飲食物、貴重品、金銭の持ち込みは禁止させていただきます

令和 年 月 日

指定通所介護、第一号通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 埼玉県北葛飾郡杉戸町清地2-1-2

法人名 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス

代表者名 理事長 贅 正基

説明者

事業所名 デイサービス東埼玉

氏 名 印

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者 住所 _____

電話 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

電話 _____

氏名 _____ 印

利用者との関係 _____