

介護予防・日常生活支援総合事業重要事項説明書

＜令和 7 年 9 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 048-726-7373 (8:30～17:00)

担当 白井佐保理

2 運営規程の概要

(1) 提供できるサービスの種類

介護予防・日常生活支援総合事業サービス及び付随サービス

(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恵和園
所在地	埼玉県上尾市大字領家371-1
介護保険指定番号	1171601014
サービスを提供する 対象の地域	上尾市 さいたま市

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(3) 当センターの職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1名(1)	名()	サービス管理全般	1名(1)
生活相談員	2名(1)	名()	生活上の相談等	2名(1) (うち1名介護職員兼務)
機能訓練相談員 (看護師・准看護師兼務)	1名()	名()	リハビリテーション・機能回復訓練等	1名()
事務職員	2名(1)	名()	一般事務・料金請求等	2名(1)
看護・介護職員	看護師	1名()	医療、健康管理業務等	2名() (うち1名看護介護部長兼務)
	准看護師	名()		名()
	介護福祉士	1名(1)	日常介護業務等	3名(1)
	実務者研修修了者	名()		名()
	初任者研修修了者	名()		1名(1)
	その他	1名(1)		2名(2)

() 内は男性再掲

(4) 設備の概要

定員	25名	静養室	1室
食堂・機能訓練室	2室	相談室	1室
浴室	一般浴槽 及び 特殊浴槽	送迎車両	4台

(5) サービス時間

月曜日～金曜日、祝日	9時20分～16時30分
土・日曜日、12 / 31～1 / 3	休日

緊急連絡先 048-725-2221 (代表) / 048-726-7373 (デイ)

(6) 福祉サービス第三者評価の実施状況 無

3 サービス内容

介護予防・日常生活支援総合事業計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な支援を行います。具体的な内容は月間予定表等をご覧ください。

4 料金

○介護報酬にかかる費用

* 基本報酬

要介護度	単位数	介護報酬額	ご利用者様負担額 (※)			備考
			1割	2割	3割	
要支援1	1798	17,171円	1,718円	3,435円	5,152円	1月につき
要支援2	3621	35,205円	3,521円	7,041円	10,562円	

* 加算等

加算名称	要介護度	ご利用者様負担額 (※)		備考
サービス提供体制強化加算Ⅰ1 (88単位 介護報酬額903円)	要支援1	1割	91円	1月につき
		2割	181円	
		3割	271円	
サービス提供体制強化加算Ⅰ2 (176単位 介護報酬額1,807円)	要支援2	1割	181円	1月につき
		2割	362円	
		3割	543円	
通所介護処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の9.2%加算			1月につき

※ 介護報酬にかかる費用は、地域区分別の単価〈6級地 単位数に10.27を乗じた額〉を含んだ金額です。

介護保険負担割合証に記載されている割合(1～3割)にて請求させていただきます。

○その他の費用

区分	費用	備考
昼食代（おやつを含む）	800円	1食につき
おやつ代	50円	午後のみご利用の時
活動費	実費	
写真代	30円	1枚につき
紙おむつ代	150円	ご持参ない場合 1枚につき
マスク代	30円	ご持参ない場合 1枚につき

○キャンセル料

ご利用者の都合によるサービス中止の場合、下記キャンセル料が発生することがございますのでご注意ください。

① ご利用の前日17時～当日8時30分までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の8時30分過ぎにご連絡いただいた場合	介護給付以外のサービス費(自費分)の10%
③ ご利用日の当日ご連絡がまったくなかった場合	介護給付以外のサービス費(自費分)の100%

○お支払方法

毎月15日までに前月分のご請求をいたしますので、当月末までにお支払いください。
お支払い方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

5 サービスの終了

以下の場合、サービスは終了となります。

① ご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 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日前までに文書でお知らせいたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合・・・入所日の翌日
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要支援認定区分が、非該当（自立）又は要介護と認定された場合……………非該当又は要介護となった日
- ・ご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

- i 以下の場合、ご利用者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。
- ・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ・事業者等が守秘義務に反した場合
 - ・事業者等がご利用者やご家族などに対し社会通念を逸脱する行為をした場合
 - ・事業者が破産した場合
- ii 以下の場合、事業者は文書で通知することによって即座に契約を終了させていただきます。
- ・ご利用者がサービス利用料金のお支払いを30日以上延滞し、料金お支払いの催告をしたにもかかわらず7日以内にお支払いのない場合
 - ・ご利用者が正当な理由なくしばしばサービスの中止を繰り返した場合
 - ・ご利用者が入院または病気等により3ヶ月以上にわたりサービスがご利用できない状態であることが明らかになった場合
 - ・ご利用者やご家族などが事業者や事業者の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為をした場合

6 緊急時（急変、事故発生等）の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、地域包括支援センター等へ速やかに連絡いたします。

また、事故が発生した場合には、上記と併せて埼玉県東部中央福祉事務所へ速やかに報告いたします。その上で再発防止策を講じ、再度関係各機関へ報告をいたします。

緊急連絡先①	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
緊急連絡先②	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
主治医	
病院または診療所名	
医師名	
住所	
電話番号	

サービスを中止した場合、同月内であればご希望の日に振り替えることができます。
ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

7 相談、要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等は、下記窓口までお申出ください。

苦情解決責任者 施設長 友光 正明

受付担当者 社会福祉士 臼井 佐保理（生活相談員）
介護福祉士 赤石 大輔

第三者委員 碓倉 直子 048-726-0281
小山 誠夫 048-781-5898

電話番号 048-726-7373

受付時間 月曜日～金曜日8：30から17：00

※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。

上尾市健康福祉部高齢介護課給付適正担当 電話 048-775-6473

埼玉県国民健康保険団体連合会介護福祉課 電話 048-824-2568

相談・要望・苦情に対する措置の概要

①苦情、相談があった場合には丁寧に聞き取りを行い、記録する。

なお、解決までに時間を要する場合、凡その目安期間を伝える。

②苦情、相談の原因分析のために検討会議を行う。

また、対象職員等がいる場合には聞き取りを行い、記録する。

③会議にて検討した改善策を全職員で共有し、実施する。

なお、解決困難な場合、保険者や国民健康保険連合会、ケアマネジャーなどに連絡し、助言を仰ぐ。

④改善策について関係各所（ご本人やご家族、ケアマネジャーなど）へ連絡・説明する。

⑤一連の流れはすべて記録し、職員の申し送りファイル及び苦情処理ファイルに残すことで再発防止を図る。

介護予防・日常生活支援総合事業の提供開始にあたり、下記ご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

所在地 上尾市大字領家 3 7 1 - 1

名 称 デイサービスセンター恵和園 印

説明者 生活相談員

氏 名 白井 佐保理 印

私は、契約書及び本書面により、上記事業者から介護予防・日常生活支援総合事業についての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印