

通 所 介 護
第 1 号通所事業（介護予防通所介護相当）
重 要 事 項 説 明 書
 ＜令和 7 年 4 月 1 日現在＞

当施設はご利用者に対して指定通所介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 美 鈴 会
主たる事務所の所在地	〒362-0073 上尾市浅間台 2-17-1
代表者（職名・氏名）	理事長 鈴木 茂
設 立 年 月 日	平成13年12月17日
電 話 番 号	048-777-1001

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター パストーン浅間台	
サ ー ビ ス の 種 類	通所介護及び第1号通所事業（介護予防通所介護相当）	
事 業 所 の 所 在 地	〒362-0073 上尾市浅間台 2-17-1	
電 話 番 号	048-777-1001	
指定年月日・事業所番号	平成15年4月1日指定	1171600610
実施単位・利用定員	1単位	定員 60人
管 理 者 の 氏 名	米岡 光子	
通常の事業の実施地域	上尾市、桶川市、伊奈町（通所介護のみ）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護及び要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活機能を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指します。生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽

	減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。
--	---

4. 提供するサービスの内容

指定居宅サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に、通って頂き、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです

5. 営業日時

営 業 日	月曜日から土曜日まで 除く 日曜日及び年末年始（12月31日から1月3日）
営業時間	午前9時から午後6時まで
サービス 提供時間	午前9時30分から午後4時30分まで

6. 事業所の職員体制

職 種	計	常 勤		業 務 内 容
		常 勤	非常勤	
管 理 者	1 名	1 名		サービス管理全般
生 活 相 談 員	2 名	2 名		利用者、家族の相談等
介 護 職 員	16 名	10 名	6 名	日常生活上の介護等
看 護 職 員	2 名	1 名	1 名	健康管理・医療業務・介護等
機能訓練指導員	3 名	1 名	2 名	機能衰退防止訓練
管 理 栄 養 士	1 名	1 名		栄養管理、指導等
事 務 職 員	1 名	1 名		一般事務・料金請求等
そ の 他 職 員	7 名		7 名	介護援助・運転手等

7. 事業所の設備の内容

設備の種類	室 数	設備の種類	室 数	備 考
食 堂	1 室 164.16 m ²	浴 室	1 室	一 般 浴 槽 特 殊 浴 槽
機能訓練室	1 室			

静 養 室	1 室	送 迎 車	8 台	マイクロバス ワゴン車
相 談 室	2 室			

8. 利用料金

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金をお支払いいただきます。なお、基本サービス費及び加算の自己負担額は「介護保険負担割合証」に記載した割合を適用致します。

≪通所介護（大規模Ⅱ）≫

(1) 基本サービス料金（1日当たり）

当事業所は、地域区分6級地・地区別単価10.27円を適用します。

	基本利用料 (1日当たり)	自 己 負 担 額		
		1 割	2 割	3 割
要介護 1	6, 233円	624円	1, 247円	1, 870円
要介護 2	7, 353円	736円	1, 471円	2, 206円
要介護 3	8, 524円	853円	1, 705円	2, 558円
要介護 4	9, 715円	972円	1, 943円	2, 915円
要介護 5	10, 875円	1, 088円	2, 175円	3, 263円

(2) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算料金	自 己 負 担 額		
			1 割	2 割	3 割
入浴介助加算	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有し、入浴介助を行った場合（日）	410円	41円	82円	123円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	サービスの質の向上のため、職員のキャリアアップ推進 介護福祉士40%以上（日）	61円	7円	13円	19円

口腔機能 向上加算 (Ⅰ)	口腔機能の向上を目的として、 個別的に実施される口腔掃除の 指導もしくは実施、または接触 嚥下機能に関する訓練の指導も しくは実施を行った場合 (月2回を限度)	1,540円	154円	308円	462円
個別機能訓練 加 算 (Ⅰ)イ	利用者の生活状況を確認し、多 職種共同でアセスメントを行い 、個機能別訓練計画を作成。3 ヶ月に1回以上計画の進捗状況 を評価し、利用者や家族に説明 を行った場合 (日)	575円	58円	115円	173円
ADL維持等加算 (1)	①評価対象期間が6ヶ月超の利 用者が10名以上いること。 ②利用者全員の6ヶ月間の評価 をし、ADL値を厚生労働省に 提出していること。(月)	308円	31円	62円	93円
送迎減算	家族送迎の場合 (片道)	▲483円	▲48円	▲96円	▲144円
介護職員等処遇 改善加算(Ⅱ) ※	介護職員の確保に向けて、介護 職員等の処遇改善のための措置 を事業所が活用し、推進する観 点で運用するもの	+9.0%	基本サービス費と各種加算料金を合 算した額に乘じます		

(注1) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

《第1号通所事業(介護予防通所介護相当)》

(3) 基本サービス料金

当事業所は、地域区分6級地・地区別単価10.27円を適用します。

	基本利用料	自 己 負 担 額		
		1 割	2 割	3 割
要支援 1 事業対象者	18,465円/月	1,847円/月	3,693円/月	5,540円/月
日割り	605円/日	61円/日	121円/日	182円/日
要支援 2 事業対象者	37,187円/月	3,719円/月	7,438円/月	11,157円/月
日割 り	1,222円/日	123円/日	245円/日	367円/日

(4) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算料金	自 己 負 担 額		
			1 割	2 割	3 割
口腔機能 向上加算 (Ⅰ)	口腔機能の向上を目的として、 個別的に実施される口腔掃除の 指導もしくは実施、または接触 嚥下機能に関する訓練の指導も しくは実施を行った場合	1,540円	154円	308円	462円
サービス提供 体制強化加算 (Ⅲ)	要支援1・事業対象者	246円	25円	50円	74円
	要支援2・事業対象者	492円	50円	99円	148円
介護職員等処遇 改善加算(Ⅱ) ※	介護職員の確保に向けて、介護 職員等の処遇改善のための措 置を事業所が活用し、推進する 観点で運用するもの	+9.0%	<u>基本サービス費と各種加算料金を 合算した額に乘じます</u>		

(注2) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

共通費用(通所サービス及び第1号通所事業(介護予防通所介護相当))

(5) その他の費用

項 目		金 額	内 容
食 費		860円/日	昼食代、おやつ代等
おむつ代	リハビリパンツ	253円/枚	おむつの提供を受けた場合
	尿取りパッド	71円/枚	
	紙おむつ	154円/枚	
タ オ ル 代		154円/日	バスタオル・フェイスタオル代
そ の 他		実 費	上記以外の日常生活上便宜に係る費用・特別な企画に関する費用等、利用者負担が適当と認められるもの。

(6) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。

【連絡先 : 048-777-1001】

キャンセルの時期	キャンセル料
利用当日 午前 8:30 までにご連絡いただいた場合	無 料
① 利用当日 午前 8:30 までにご連絡がなかった場合 ② 送迎時に、お休みの連絡をいただいた場合 ③ 施設到着後、体調不良等で利用せずに帰った場合	800円

9 利用料金の支払い方法

上記（１）から（６）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月毎にご請求しますので、翌月 20 日（金融機関の休日の場合は、翌営業日）に、利用者が指定する口座より引き落とします。

なお、領収書については、利用者負担金の引き落としを確認後に発行いたします。

10 身体拘束について

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護する等の緊急やむを得ない理由で行動を制限する場合には、利用者及びその家族等に身体拘束の内容、目的、時間及び期間等について、十分に説明を行い理解した上で同意を得ます。その際の利用者の心身の状況、やむを得ない理由及び経緯について記録します。

11 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権擁護・虐待の発生又はその発生を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます虐待防止に関する担当者を選定します。

- （１） 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- （２） 虐待防止のための指針を整備します。
- （３） 職員に対して、虐待の防止するための定期的な研修を実施します。

12 衛生管理等

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

- （１） 事業者における感染症の予防及び蔓延防止のための対策を検討する委員会を概ね月に 1 回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底します。
- （２） 事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備します。
- （３） 職員に対し、感染の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

13 業務継続計画策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 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。

14 ハラスメント行為の禁止

ハラスメントは、個人の尊厳を不当に傷つける社会的に許されない行為です。事業者と利用者及びその家族等がお互いに信頼しあい、ハラスメントのない健全な職場環境を整えるために、次のような行為を禁止します。なお、下記の記載は例示であり、これらに限るという趣旨ではありません。

- (1) 身体的暴力（回避したため危害を免れたケースを含む）
 - 身体的な力を使って危害を及ぼす行為
 - （例）物を投げる、叩かれる、蹴られる、唾を吐く等
- (2) 精神的暴力
 - 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - （例）大声を発する、怒鳴る、特定の従業者に嫌がらせをする、理不尽な要求をする等
- (3) セクシュアルハラスメント
 - 意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為
 - （例）必要もなく手や腕を触る、抱きしめる、入浴介助中あからさまに性的な話をする等

15 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

主治医	医療機関の名称				
	医 師 名				
	所 在 地				
	電 話 番 号				
緊急連絡先	1	氏名・（続柄）		()	
		住 所			
		電話番号	自宅 携帯	— —	— —
	2	氏名・（続柄）		()	
		住 所			
		電話番号	自宅 携帯	— —	— —

16 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生したときは、下記のとおり迅速かつ適切な対応により円滑かつ円満な解決に努めます。

- (1) サービスの提供により、利用者に対する事故が発生した場合には、速やかに、利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) サービスの提供により、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- (3) 事故が生じた際には、その原因を解明し再発を防ぐための対策を講じます。

17. サービス提供に関する相談、要望、苦情等窓口

(1) 当センターのお客様相談・苦情担当

(相談担当者) 瀧 初枝・ 三戸 美香

(電 話 番 号) 048-777-1001

(受 付 時 間) 9:00 ～ 18:00

(除く 日曜日及び 12/31～1/3)

(2) 苦情対応委員会第三者委員

友 光 敬 治

電話 048-773-5098

野 崎 哲 男

電話 048-781-1178

(3) 行政機関その他の受付機関

当センター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	電話	048-775-6473
伊奈町高齢課介護係	電話	048-721-2111
桶川市健康推進部高齢介護課	電話	048-786-3211
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課	電話	048-824-2568
埼玉県社会福祉協議会 権利擁護センター	電話	048-822-1243

18 サービス利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出下さい。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスが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当事業所の担当者へご連絡ください。

19 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事業所の非常災害に関する具体的計画として非常時対応マニュアルを策定しております。

20 福祉サービス等第三者評価の実施の有無

私どもの事業所では、第三者機関による評価は受けておりません。

令和 年 月 日

指定通所介護サービス及び第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の提供にあたり、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 所在地 上尾市浅間台2丁目17番地1

事業者 社会福祉法人 美鈴会

事業所 デイサービスセンターパストーン浅間台

説明者 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者 住所

氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

氏 名 印

（利用者との関係）