

重要事項説明書
(2025 年 5 月 1 日現在)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
通所介護・第 1 号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）
指定事業者番号 1170210163

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所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通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援」と認定された方が対象となります。
要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 提供するサービス内容	3
6. 利用料金	3
7. 個人情報の取り扱いに関する事項	4
8. 事故発生時の対応	5
9. 当事業所における苦情の受付について	5

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | ハピネスケア株式会社 |
| (2) 法人所在地 | 埼玉県さいたま市見沼区南中野 57 |
| (3) 電話番号 | 048-685-5163 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 中村 真悟 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 通所介護・第 1 号通所事業（介護予防通所介護相当サービス） |
| (2) 事業所の目的 | 事業所の従事者が、要介護状態または要支援状態にある利用者に対し、適正な通所介護を提供することを目的とする。 |
| (3) 事業所の名称 | デイサービス いろいろ |
| (4) 事業所の所在地 | 埼玉県川口市上青木 6-6-2 |
| (5) 電話番号 | <u>0 4 8 - 2 6 0 - 6 3 2 6</u> |
| (6) 管理者氏名 | 大塚 学 |

(7) 運営方針

- ①事業所の通所介護従業者は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持ならびに家族の心身的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。
- ②事業の実施にあたっては、区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供にあたる。

(8) 利用定員

- 1 単位 午前 (9:15 ～ 12:20) : 15 人
2 単位 午後 (13:30 ～ 16:30) : 15 人
3 単位 7-8 型 (9:15 ～ 16:20) : 10 人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 川口市、介護予防に関しては川口市、蕨市、さいたま市とする。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日（祝日も営業いたします。）
休日	日曜日・12/30～1/3
受付時間	8時30分～17時30分（緊急の場合は時間外でも受け付けます。）
サービス提供時間	半日型(3-4時間) 午前(9:15～12:20)・午後(13:30～16:30) 1日型(7-8時間) 午前(9:15～16:30)

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	人 数	指定基準
1. 管理者	1.0 名	1.0 名
2. 介護職員	2.0 名	1.0 名
3. 生活相談員	2.0 名	1.0 名
4. 看護職員	5.0 名	1.0 名
5. 機能訓練指導員	2.0 名	2.0 名
6. 栄養士	1.0 名	1.0 名

5. 提供する介護サービス内容

【半日型・1日型共通】

在宅で自律した生活を維持したい方々に対し、それぞれの症状や目標に合わせて、運動機能・生活機能の維持・向上を目指したプログラムを組み、各種機能訓練を実施します。介護整体で硬く縮まった筋肉や歪んだ骨格を調整すると共に、足岩盤浴等との相乗効果で残存機能呼び戻し、日常生活の質の向上を目指します。

【1日型】

食事・・・利用者の機能・能力に応じて共同して作る家庭的な食事を提供します。

（食事時間）12：00～13：30

入浴・・・ご利用は任意です。ご要望に応じて実施いたしますが、他プログラムとの兼ね合いにより、お時間のご指定はご遠慮頂いております。また、1日当たりの人数制限によりご希望に添いかねる場合がございますので予めご了承ください。

入浴動作に機能訓練を伴う場合には所定の計画書を作成の上、入浴介助加算Ⅱを算定いたします。

その他の方は入浴介助加算Ⅰを算定の上、見守り・入浴介助を実施いたします。

入浴ご希望の際には、バスタオル2枚・フェイスタオル2枚、着替えをご持参ください。備え付けのシャンプー・リンス・ボディシャンプー等をご利用頂けますが、銘柄に関して個人的なご要望には添いかねますので、お好みのものをご持参ください。化粧品等に関しては各自ご用意をお願いいたします。

6. 利用料金（契約書第6条参照）

【保険給付サービス費】

ご契約者の要介護度に応じて、介護報酬上の金額から自己負担額（通常1割、2割3割分）をお支払ください。詳細は次ページの単価表をご確認ください。

【自費ご負担分】

●半日型自費利用 5,500 円

●1日型自費利用 12,000 円 ※入浴の有無にかかわらず

●日用品費 150 円／回（日用品費・お茶代・日常レクリエーション費）

●食事サービス費（1日型のみ）

原則 650 円／日（特別メニュー・選択メニューによる増額分を頂く場合は、事前説明と同意により実施いたします。）

●イベント・レクリエーション費

材料費等がかかる場合には、事前説明の上実費相当分を頂きます。

●消耗品費

通常備え付けの備品、消耗品の費用は徴収いたしません。

個人で緊急的に使用する消耗品の費用

尿パット 150 円／枚 ・ リハビリパンツ 200 円／枚 その他

【支払い方法】

月末締めにて、翌月初旬に請求書を発行いたします。原則として自動口座振替にて毎月 28 日にお振替をいたします。

【保険給付サービス単価】

(1) 通所介護

3 時間以上 4 時間未満 (半日型)

【基本単位】	単位数	自己負担額 (1 割)	自己負担額 (2 割)	自己負担額 (3 割)	介護報酬総額
要介護 1	370	387 円/回	773 円/回	1,160 円/回	(3,867 円/回)
要介護 2	423	442 円/回	884 円/回	1,326 円/回	(4,420 円/回)
要介護 3	479	501 円/回	1,001 円/回	1,502 円/回	(5,006 円/回)
要介護 4	533	557 円/回	1,114 円/回	1,671 円/回	(5,570 円/回)
要介護 5	588	615 円/回	1,229 円/回	1,844 円/回	(6,145 円/回)

7 時間以上 8 時間未満 (1 日型)

【基本単位】	単位数	自己負担額 (1 割)	自己負担額 (2 割)	自己負担額 (3 割)	介護報酬総額
要介護 1	658	688 円/回	1,375 円/回	2,063 円/回	(6,876 円/回)
要介護 2	777	812 円/回	1,624 円/回	2,436 円/回	(8,119 円/回)
要介護 3	900	941 円/回	1,881 円/回	2,822 円/回	(9,450 円/回)
要介護 4	1023	1,069 円/回	2,138 円/回	3,207 円/回	(10,690 円/回)
要介護 5	1148	1,200 円/回	2,399 円/回	3,599 円/回	(11,996 円/回)

【加算】	単位数	自己負担 (1 割)	自己負担 (2 割)	自己負担 (3 割)	介護報酬総額
個別機能訓練加算 (I) イ	56	59 円/回	117 円/回	176 円/回	(585 円/回)
個別機能訓練加算 (I) ロ	76	80 円/回	159 円/回	239 円/回	(795 円/回)
口腔機能向上加算 (I)	150	157 円/回	314 円/回	470 円/回	(1568 円/回)
入浴介助加算 I	40	42 円/回	84 円/回	126 円/回	(418 円/回)
介護職員等処遇改善加算 (II)	加算率 9% (基本単位に加算を加えた総単位に乗ずる)				

【減算】

送迎を実施しない場合

上記単位数より -47 単位/片道

(2) 介護予防通所介護・日常生活支援総合事業

【基本単位】	単位数	自己負担額 (1 割)	自己負担額 (2 割)	自己負担額 (3 割)	介護報酬総額
要支援 1	1,798	1,879 円/月	3,758 円/月	5,637 円/月	(18,789 円/月)
要支援 2	3,621	3,784 円/月	7,568 円/月	11,352 円/月	(37,839 円/月)

【加算】	単位数	自己負担額 (1 割)	自己負担額 (2 割)	自己負担額 (3 割)	介護報酬総額
口腔機能向上加算 I	150	157 円/月	314 円/月	470 円/月	(1,567 円/月)
介護職員等処遇改善加算 (II)	加算率 9% (基本単位に加算を加えた総単位に乗ずる)				

(3) 算定の基礎となる施設基準

事業種別＝地域密着型通所介護（定員 25 名以下）・介護予防通所介護

地域区分＝5 級地（1 単位＝10.45 円）

サービス提供時間＝3 時間以上 4 時間未満（半日型）・7 時間以上 8 時間未満

(4) その他

- ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、介護サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- 介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービスまたは介護予防通所介護サービスを提供した場合、その費用をご負担いただきます。
- 飲食物の提供、契約者が選定するレクリエーション行事の提供、複写物の交付、通常の実施区域外への送迎サービス等を提供した場合、別料金表の通りその費用をご負担いただきます。

(5) 利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条参照）

前記の料金・費用は、サービス利用終了月の翌月 15 日前後に請求させていただき、28 日に利用者指定の口座より引き落としさせていただきます。（振替日が金融機関休業日の場合は翌営業日となります）契約時に口座自動引き落としの手続きをお願いいたします。お支払いを確認いたしましたら領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除等の還付請求の際に必要なことがあります）なお何らかの事情で口座より引き落としができない場合については現金でお支払いいただく場合がございます。

(6) 利用をお休みする場合

- 利用をお休みする場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 10% （自己負担金相当額） 昼食料 当日分 介護予防通所介護を除く

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する

期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

7. 個人情報の取り扱いに関する事項（契約書第10条参照）

（1）守秘義務の内容

- ① 事業者及びサービス従事者又は従業員は、介護予防通所介護サービスまたは通所介護サービスを提供する上で知り得た契約者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- ② 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- ③ 前2項にかかわらず、契約者に係る他の介護予防支援事業者または居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又は契約者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。

（2）個人情報を使用する目的

- ① 通所介護計画書（介護予防通所介護計画書）立案・作成にあたり、ケアカンファレンス、職員会議の実施のため。
- ② 居宅介護支援事業者、医療機関、介護サービス事業者、福祉事業者との連携、円滑にサービスが提供される為のサービス担当者会議での情報提供・照会への回答のため。
- ③ 利用の有無、利用時の様子に関する家族等への心身状況説明のため。
- ④ 介護保険事務（請求処理、会計処理等）のため。
- ⑤ 行政機関への相談または届出などのため。
- ⑥ 損害賠償保険などにかかわる保険会社等への相談または届出などのため。
- ⑦ 上記各号にかかわらず、緊急を要する時の連絡等の場合。

（3）使用する期間

- ① 介護サービス提供期間および契約期間。
- ② 介護サービス提供期間および契約期間終了後、医療機関・福祉機関等から介護サービス提供期間および契約期間中の心身状況等の情報提供がもとめられ、それが妥当と判断された時。

（4）使用にあたっての条件

個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供にかかわる目的以外で使用しません。
また、利用者とのサービス利用にかかわる契約の締結からサービス終了後においても第三者に漏らすことはありません。
情報提供について同意しがたい事項がある場合はその旨を申し出てください。申し出がない場合は同意いただいたものといたします。ただし、同意日以降、申し出により変更されることは可能です。

8. 事故発生時の対応

サービス中または送迎時に何らかの事故が発生した場合、速やかに当事者の身体状況を確認し受診・緊急対応の処置を取ります。当事者の安全を確保した後、身元引受人様・担当ケア

マネージャー様にご連絡し、ご報告と共に指示を仰ぎます。

9. 第三者評価の実施状況

実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況等

10. 当事業所における苦情の受付について（契約書第20条参照）

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） 目崎 良

電話 048-260-6326

受付時間 月曜日～土曜日（12/30～1/3を除く）

8：30～17：30

○ハピネスケア株式会社 お客様相談室 電話 048-685-5163

受付時間 月～金（8/13～8/16・12/30～1/3を除く） 8：30～17：30

○埼玉県国民健康保険団体連合会（苦情対応係） 048-824-2568

○川口市役所 介護保険課 048-259-7293

○蕨市役所 健康福祉部介護保険室（介護保険担当） 048-433-7835

○さいたま市南区役所 高齢介護課 048-844-7178

指定地域密着型通所介護サービスまたは第 1 号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）
の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所 住所 埼玉県川口市上青木 6-6-2

名称 デイサービス いろいろ

説明者 職名 生活相談員

氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービスまたは
第 1 号通所事業の提供開始に同意しました。及びその家族の個人情報については、
目次 7 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。

契約者

住所

氏名

(家族の代表者)

住所

氏名

(代理人)

住所

氏名