

通所介護

通所型サービス（第1号通所事業）

重要事項説明書

社会福祉法人元気村

北ここのす翔裕園デイサービスセンター

通所介護

通所型サービス（第1号通所事業）重要事項説明書

（令和7年8月1日現在）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者名称	社会福祉法人 元気村
代表者氏名	理事長 神成 裕介
本部所在地 (連絡先及び電話番号)	〒365-0039 鴻巣市東一丁目1番25号 Tel 048-544-0880 / Fax 048-544-0882
法人設立年月日	平成5年1月7日

2. 事業所の概要

事業所名称	北こうのす翔裕園デイサービスセンター
介護保険指定 事業者番号	埼玉県 第 1171701947 号
事業所所在地	〒365-0062 埼玉県鴻巣市箕田3523番
連絡先 相談担当者名	Tel 048-577-3607 / Fax 048-577-3677 管理者 佐藤 航 生活相談員 猪山 航平
事業所の通常の 事業の実施地域	鴻巣市・行田市・加須市・吉見町地域
利用定員	30名

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態または要支援状態にある方に対し、適正な通所介護サービスまたは第1号通所事業サービスを提供することにより、要介護状態または要支援状態の維持・改善を目的として、目標を設定した計画的なサービスを提供します。
運営の方針	・事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を務めるものとします。 ・指定通所介護の事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うとともに、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。 ・第1号通所介護の事業は、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援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回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。 ・地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及びその他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

4. 提供するサービスの内容

指定通所介護(又は第1号通所事業)は、事業者が設置する事業所(デイサービスセンター)に通っていただき、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並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、年始(1月1日から1月3日)を除きます。
営業時間	午前9時00分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時00分まで

6. 事業所の職員体制

令和7年8月1日現在

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	1人(兼務)
生活相談員	1人以上
看護職員	1人以上
介護職員	4人以上
機能訓練指導員	1人以上

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員(生活相談員)及びその管理責任者(管理者)は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 猪山 航平
管理責任者の氏名	管理者 佐藤 航

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割、2割又は3割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

※下記利用料(1)及び(2)内の利用者負担金については、地域区分調整(当事業所では表記金額に1.027を乗じます)が発生しますので、実際のご請求額は表記金額と異なります。

(1)通所介護の利用料

ア. 基本利用料

【通所介護費(通常規模型)】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費			
		基本利用料 ※(注1)参照 ()は単位数	利用者負担金 (=基本利用料の1割、2割又は3割) ※(注2)参照		
			1割	2割	3割
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,853円(570)	585円	1,170円	1,755円
	要介護2	6,911円(673)	691円	1,382円	2,073円
	要介護3	7,979円(777)	797円	1,594円	2,391円
	要介護4	9,037円(880)	903円	1,806円	2,709円
	要介護5	10,105円(984)	1,010円	2,020円	3,030円
6時間以上 7時間未満	要介護1	5,997円(584)	599円	1,198円	1,797円
	要介護2	7,076円(689)	707円	1,414円	2,121円
	要介護3	8,174円(796)	817円	1,634円	2,451円
	要介護4	9,253円(901)	925円	1,850円	2,775円
	要介護5	10,352円(1008)	1,035円	2,070円	3,105円
7時間以上 8時間未満	要介護1	6,757円(658)	675円	1,350円	2,025円
	要介護2	7,979円(777)	797円	1,594円	2,391円
	要介護3	9,243円(900)	924円	1,848円	2,772円
	要介護4	10,506円(1023)	1,050円	2,100円	3,150円
	要介護5	11,789円(1148)	1,178円	2,356円	3,534円

(注1)上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。また1割、2割及び3割負担の基準については市町村が発行する「介護保険負担割合証」にてご確認ください。

(注2)上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

イ. 加算

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。

加算の利用者負担金額は、基本利用料に負担割合証に記載されている割合を乗じた額です。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料 (単位数)	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算 I	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て、入浴介助であること。入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと。	410円 (40)	41円	82円	123円
個別機能訓練 加算 I イ	機能訓練指導員の職務に従事する職員を1名以上配置し、利用者の心身状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練を行った場合。専従1名以上（配置時間の定めなし）	575円 (56)	57円	115円	172円
個別機能訓練 加算 I ロ	機能訓練指導員の職務に従事する職員を1名以上配置し、利用者の心身状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練を行った場合。専従1名以上（配置時間の定めなし）	780円 (76)	78円	156円	234円
個別機能訓練 加算II	個別機能訓練加算Iに加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていること。※月ごとに1回。	205円 (20)	20円	41円	61円
口腔機能向上 加算I	口腔機能向上計画を作成し、それに基づいて口腔ケアを実施した場合、月2回を限度に加算されます。	1,540円 (150)	154円	308円	462円
口腔機能向上 加算 II	口腔機能向上加算 I の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画書等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 ※月2回を限度に加算。IとIIは併算定不可。	1643円 (160)	164円	328円	492円
サービス提供 体制強化 加算 I	以下のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士 70%以上 ② 勤続10年以上介護福祉士25%以上	225円 (22)	22円	45円	67円

サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護福祉士50%以上	184円 (18)	18円	36円	55円
ADL維持等加算I	以下の要件を満たすこと。 イ 利用者等(当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること。 ロ 利用者等全員について、利用開始月と当該月の翌月から起算して6月目において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。 ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。※月に1回	308円 (30)	30円	61円	92円
ADL維持等加算Ⅱ	・ADL維持等加算Iのイとロの要件を満たすこと。 ・評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が3以上であること。 ※IとⅡは併算定不可。月に1回	616円 (60)	6円	12円	18円
科学的介護推進体制加算	以下のいずれの要件も満たすことを求める。 ・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、厚生労働省に提出していること。 ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 ・LIFEへのデータ提出頻度は少なくとも3月に1回 ※月に1回	410円 (40)	41円	82円	123円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	新加算(Ⅱ)に加え、以下の要件を満たすこと。 ・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること。※(注3)参照	所定単位数の9.2%を加算	左記金額の1割又は2割又は3割		

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	新加算(Ⅲ)に加え、以下の要件を満たすこと。 ・改善後の賃金年額440万円以上が1人以上 ・職場環境のさらなる改善、見える化 ※(注3)参照	所定単位数の 9.0%を加算	左記金額の 1割又は2割又は3割
----------------	--	-------------------	---------------------

(注3)当該加算は区分支給限度額の算定条件から除かれます。

※上記金額の自己負担額については、1日または1回あたりの介護報酬単価数に地域単価数(10.27)を乗じ、その1割又は2割又は3割相当額を切り捨てて算出するため、ご利用回数等により変動がございます。

※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、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。要介護の認定を受けた後、自己負担金を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)償還払いとなる場合は、ご契約者が保険給付の申請を行う為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。

(2)第1号通所事業の利用料

ア.基本利用料

【通所型サービス(第1号通所事業)費】

利用者の 要介護度	通所型サービス(第1号通所事業)費(1月あたり)			
	基本利用料 ※(注1)参照 ()は単位数	利用者負担金 (=基本利用料の1割、2割又は3割)※(注2)参照		
		1割	2割	3割
要支援1	18,465円(1798)	1,846円	3,693円	5,539円
要支援2	37,187円(3621)	3,718円	7,437円	11,156円

(注1)上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。また1割2割及び3割負担の基準については市町村の発行する「介護保険負担割合証」にてご確認ください。

(注2)上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

イ.加算

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。

加算の利用者負担金額は、基本利用料に負担割合証に記載されている割合を乗じた額です。

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額			
		基本利用料 (単位数)	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
一体的サービス提供加算	<p>栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。</p> <p>利用者が介護予防通所介護の提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること。</p> <p>栄養改善加算・口腔機能向上加算を算定していないこと。</p>	4929円 (480)	492円	985円	1478円
科学的介護推進体制加算	<p>以下のいずれの要件も満たすこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、厚生労働省に提出していること。 ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 ※月に1回 	410円 (40)	41円	82円	123円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	事業対象者・要支援1	903円 (88)	90円	180円	271円
	要支援2	1807円 (176)	180円	361円	542円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	事業対象者・要支援1	739円 (72)	73円	147円	221円
	要支援2	1478円 (144)	147円	295円	443円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	<p>新加算(Ⅱ)に加え、以下の要件を満たすこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること ※(注3)参照 	所定単位数の9.2%を加算	左記金額の1割又は2割又は3割		
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	<p>新加算(Ⅲ)に加え、以下の要件を満たすこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・改善後の賃金年額440万円以上が1人以上 ・職場環境のさらなる改善、見える化 ※(注3)参照 	所定単位数の9.0%を加算	左記金額の1割又は2割又は3割		

ウ.減算

送迎減算	利用者の居宅と通所介護間で送迎を行わない場合に減算となります	▲482円 (47)	▲48 円	▲96 円	▲144 円
------	--------------------------------	---------------	----------	----------	-----------

(注3)当該加算は区分支給限度額の算定条件から除かれます。

※上記金額の自己負担額については、1日または1回あたりの介護報酬単価数に地域単価数(10.27)を乗じ、その1割又は2割又は3割相当額を切り捨てて算出するため、ご利用回数等により変動がございます。

※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、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。要介護の認定を受けた後、自己負担金を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)償還払いとなる場合は、ご契約者が保険給付の申請を行う為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。

(3)その他の費用

品目	費用	内容の説明
送迎サービス費	100円/Km	通常の実施区域を越える送迎
食費	900円/食	食事の提供に要する調理及び加工とその食材費
特別な食事	実費	利用者の希望による通常メニュー以外の食事の調理・提供
行事参加費	実費	行事に参加された場合、費用に応じた実費
クラブ活動費(材料費)	実費	材料費(1回あたり100円～500円程度)
おむつ代	紙おむつ 110円 紙パンツ 130円 尿とりパット 42円	当センターのおむつをご利用になる場合
複写サービス	11円/1頁(モノクロ) 55円/1頁(カラー)	サービス提供等の記録の複写物を必要とする場合
写真サービス	実費	利用中の写真について焼き増しの希望をされた場合
その他	実費	利用者にご負担いただきことが適当であると認められるもの

(4) 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。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、第一号通所事業は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日の前日の18時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日8時までにご連絡いただいた場合	1日の利用料の(10割)の10%
ご利用日の当日8時までにご連絡がなかった場合	1日の利用料の(10割)の10%

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

9. 請求及び支払方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は1ヶ月ごとにまとめて請求

しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、30日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する金融機関の口座より引き落とします。また、資金不足等で自動払込が出来なかった場合は、翌月1日に再払込となります。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 金融機関: 埼玉信用金庫 3476918 口座名義: 社会福祉法人元気村 理事長 神成 裕介

10. 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、従業者である期間及び従業者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ぬ。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ぬ。

- (3) 事業所は、利用者及び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」及び個人情報保護法委員会・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り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。

11. 緊急時における対応方法

事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

医療機関名称	医療法人社団鴻愛会 こうのす共生病院
所在地	〒365-0027 埼玉県鴻巣市上谷2073-1
電話番号	048-541-1131
診療科目	外科、内科、皮膚科、泌尿器科、眼科

医療機関名称	フォレストデンタルクリニック
所在地	〒365-0039 埼玉県鴻巣市東2丁目1-8 1階
電話番号	048-511-6879

12. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

13. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。また守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者の故意又は過失が認められた場合、あるいは利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して、減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名: あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名: 介護保険・社会福祉事業者総合保険

14. 苦情相談窓口

※サービス提供に関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

窓口担当者	猪山 航平（生活相談員）
解決責任者	管理者 佐藤 航
受付時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後5時 ※年始(1/1～1/3)を除く
受付電話番号	048-577-3607

※上記窓口で解決できない場合は、次の窓口で対応します。

窓口名	社会福祉法人元気村 苦情解決委員会(理事長主催) 社会福祉法人元気村 虐待防止委員会(理事長主催)
受付時間	月曜日～土曜日 午前9時～午後6時 ※祝日・年末年始を除く
受付電話番号	048-631-0070

※苦情処理第三者委員会は、公正中立な立場で、苦情を受け相談に応じて対応致します。

加藤 典子氏(鴻巣市認定審査会委員) 鴻巣地区	電話 090-4628-7457
----------------------------	------------------

※次の公的機関においても苦情申し出ができます。

鴻巣市役所 介護保険課 〒365-8601 鴻巣市中央 1-1	電話 048-541-1321 (日、祝日、年末年始12月29日から 1月3日を除く平日8時30分～17時15分 、土曜8時30分～12時)
行田市役所 高齢者福祉課 〒361-8601 埼玉県行田市本丸2番5号	電話 048-556-1111 (日、祝日、年末年始12月29日から 1月3日を除く平日8時30分～17時15分 、土曜8時30分～12時)
加須市役所 高齢介護課 〒347-8501 埼玉県加須市三俣二丁目1番地1	電話 0480-62-1111 (土日、祝日、年末年始12月29日から 1月3日を除く8時30分～17時15分)
吉見町役場 健康推進課介護保険係 〒355-0118 埼玉県比企郡吉見町下細谷411	電話 0493-54-1511 (土日、祝日、年末年始12月29日から 1月3日を除く8時30分～17時15分)
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 〒338-0002 さいたま市中央区下落合1704 国保会館	電話 048-824-2568 (土日、祝日は除く8時30分～正午、 13時～17時)

15. 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について

1. 利用者のアンケート調査、意見箱等の意見等を把握する取組の状況…なし

実施した年月日	なし
当該結果の開示状況	なし

2. 第三者による評価の実施状況…なし

実施した年月日	なし
実施した評価機関の名称	なし
当該結果の開示状況	なし

16. 法令遵守について

法人の事業が法令遵守により遂行されるよう、下記の通り責任者を置いております。

法令遵守最高責任者	社会福祉法人 元気村 理事長 神成 裕介
法令遵守責任者	社会福祉法人元気村 法人本部長 西川 雅人
事業所法令遵守責任者	社会福祉法人元気村 特別養護老人ホーム 北こうのす翔裕園 施設長 佐藤 航

17. 非常時災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えると共に、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、定期的に利用者及び従業者等の訓練を行います。

18. 身体拘束の廃止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者及びそのご家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します

19. サービスの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、以下の通りです。

- (1) 主治の医師からの指示事項がある場合にはお申し出ください。
- (2) 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ください。
- (3) 体調不良等によって通所介護に適さないと判断される場合には、サービスの提供を中止することがございます。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 利用中は、利用環境の保全のための施設内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。
<事業者>

所在地 〒365-0039 埼玉県鴻巣市東一丁目1番25号

名称

社会福祉法人 元気村

理事長 神成 裕介 印

<事業所>

所在地 〒365-0062 埼玉県鴻巣市箕田3523番

名称

北ここのす翔裕園デイサービスセンター

管理者 印

説明者 生活相談員 印

私は、本書面により、事業者から指定通所介護サービス及び指定第一号通所事業について重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

<利用者>

住所

氏名 印

<利用者代理人(選任した場合)>

住所

氏名 印(続柄)