

らしく
デイサービスセンター
通所介護
介護予防通所介護相当サービス
重要事項説明書

株式会社2nd home

通所介護

介護予防通所介護相当サービス

重要事項説明書

1 事業所の概要

- (1) 事業所名 らしくデイサービスセンター
(2) 所在地 埼玉県蕨市塚越2-2-6 天仁ビル1階
(3) 提供サービス 通所介護及び介護予防通所介護相当サービス
(4) 介護保険事業所番号 1171401142
(5) 管理者名 佐藤 健一
(6) サービス提供地域 蕨市
(7) 利用定員（月～金） 50名/1日（通所介護及び第1号通所事業を併せた定員）

2 事業所の職員体制等

令和7年4月1日現在

職種	職員数	常勤/非常勤	職務の内容	備考
管理者	1人	1人/0人	事業所の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を順守させるために必要な指揮命令を行う。	生活相談員兼務
生活相談員	2人	2人/0人	利用者家族からの相談に応じ、職員に対する技術指導、介護計画の作成補助、関係機関等との連絡調整等を行う。	管理者兼務 (1名) 介護職員兼務 (1名)
看護職員	2人	0人/2人	利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。	機能訓練指導員 兼務（2名）
機能訓練指導員	5人	1人/4人	機能の減衰を防止するための訓練を行う	看護職員兼務 (2名)
介護職員	11人	7人/4人	利用者の入浴、給食等の介助及び援助を行う。	生活相談員兼務 (1名)

3 サービス提供地域（通常の事業の実施地域）

蕨市

4 サービス提供時間

営 業 日： 月曜日～金曜日（祝日も営業）

営業時間： 8：30～17：30

提供時間： 9：30～16：45

（注1）土曜日・日曜日・年始1月1日～1月3日は「休日」の扱いとなります。

（注2）悪天候や災害、感染症等により通常の営業が困難と思われる場合には、やむを得ず営業を休止することがあります。

5 利用者負担金

（1）通所事業

①基本額

要介護度	費用額（10割）	金額（利用者負担分）	内容の説明
要介護1	6,757円	676円	左表の金額は、7時間以上8時間未満のサービス提供に対する1回あたりの利用者負担額です。
		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	

上段は1割負担額、中段は2割負担額、下段は3割負担額の利用者負担額になります。

②加算額

加算名称	費用額（10割）	金額（利用者負担分）	内容の説明
入浴介助加算（I）	410円	41円	入浴介助を実施した日数
		82円	
		123円	
個別機能訓練加算I（イ）	575円	58円	機能訓練指導員が5人程度以下の小集団又は個別で直接機能訓練を実施した日数
		115円	
		173円	
個別機能訓練加算I（ロ）	780円	78円	2名の機能訓練指導員が5人程度以下の小集団又は個別で直接機能訓練を実施した日数
		156円	
		234円	

個別機能 訓練加算Ⅱ	205円	21円	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（1月につき）
		41円	
		62円	
サービス提供 体制強化加算Ⅱ	184円	19円	介護福祉士50%以上の算定要件（1回につき）
		37円	
		56円	
科学的介護推 進体制加算	410円	41円	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入所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（1月につき）
		82円	
		123円	
介護職員処遇 改善加算Ⅰ		全ての利用者負担額の9.2%を加算	1月につき

上段は1割負担額、中段は2割負担額、下段は3割負担額の利用者負担額になります。

※利用者負担金＝単位数×10.27（区分別1単位の単価：6級地）を計算し、負担者割合証（1割負担、2割負担、3割負担）に応じて計算する。

③減算額

減算名称	費用額（10割）	金額（利用者負担分）	内容の説明
送迎減算	482円	49円 97円 145円	送迎を行わない場合（1回につき）
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合
業務継続計画未策定減算		所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	感染症若しくは災害いずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合

（2）第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）

①基本額

要介護度	費用額（10割）	金額（利用者負担分）	内容の説明
要支援1/事業対象者（週1回程度）	18,465円	1,847円	1月あたりのサービス提供に対する1月あたりの利用者負担額です。
		3,693円	
		5,540円	
要支援2/事業対象者（週2回程度）	37,187円	3,719円	
		7,438円	
		11,157円	

上段は1割負担額、中段は2割負担額、下段は3割負担額の利用者負担額になります。

②加算額

加算名称	費用額（10割）	金額（利用者負担分）	内容の説明
サービス提供体制強化加算Ⅱ 1	7 3 9 円	7 4 円	1 月につき （要支援 1 の方）
		1 4 8 円	
		2 2 2 円	
サービス提供体制強化加算Ⅱ 2	1, 4 7 8 円	1 4 8 円	1 月につき （要支援 2 の方）
		2 9 6 円	
		4 4 4 円	
科学的介護推進体制加算	4 1 0 円	4 1 円 8 2 円 1 2 3 円	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入所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（1 月につき）
介護職員処遇改善加算Ⅰ		全ての利用者負担額の9.2%を加算	1 月につき

上段は 1 割負担額、中段は 2 割負担額、下段は 3 割負担額の利用者負担額になります。

③減算額

減算名称	費用額（10割）	金額（利用者負担分）	内容の説明
送迎減算	4 8 2 円	4 9 円 9 7 円 1 4 5 円	送迎を行わない場合 （1 回につき）
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を決めること）が講じられていない場合
業務継続計画未策定減算		所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	感染症若しくは災害いづれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合

6 運営基準で定められた「その他費用」（利用者負担 1 0 割、税込）

区分	金額	内容の説明
食費	8 8 0 円	昼食代（税込）
おやつ代	1 1 0 円	ご利用者様の選定による
おむつ代	おむつ（1 枚） 1 6 5 円	利用者の希望によって提供した場合（持参の場合無料）
	パット（1 枚） 5 5 円	
延長料金	3 0 分あたり 5 5 0 円	利用者の希望によって延長した場合

7 通常のサービス提供の範囲を超える費用（利用者負担10割）

区分	金額	内容の説明
行事代	実費	利用者の希望によって参加した場合

<その他>

ア 交通費は通常の事業の実施地域以外の地域についてのみ、所定の交通費が必要となります。

（通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道1キロ以上ごとに20円）

イ 費用は次の方法によりお支払いいただきますようお願いします。

費用が発生する場合、翌月20日頃に請求書をご送付致します。26日に指定口座より自動引き落としにてお支払いいただきます。

（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。）

ウ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市区町村に対して保険給付分（9割）を請求することになります。

※ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

8 サービス利用の中止

（1）利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。連絡先（電話）：048-229-1401

（2）利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日の営業時間開始後（当日8:30以降）のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。（ただし、介護予防通所介護及び第1号通所事業の利用者の方は不要です）

（3）キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時間	キャンセル料	備考
当日の営業時間開始後	1,100円（税込）	

9 当社サービスの目的、運営の方針、サービス内容

（1）運営の方針

事業所において通所介護・介護予防通所介護及び第1号通所事業の目的を十分に理解し、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した生活ができるよう支援し、利用者のご家族の意思と希望を尊重しながら身体介護にとどまらず対話を通じての精神面の介護も心が

け、介護サービスを提供するものとします。

(2) サービス内容

- ① 食事の提供
- ② 入浴（一般浴）
- ③ 日常生活動作の機能訓練
- ④ 健康状態チェック
- ⑤ 送迎

(3) 施設利用に当たっての留意事項

金銭・貴重品の持ち込み … ご遠慮願います。

利用者間の物品の授受 … 利用者間の物品の貸し借りもご遠慮願います。

宗教・政治活動 … 施設内での活動はご遠慮願います。

ペットの持ち込み … ご遠慮願います。

設備・器具の利用 … 施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください

これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償して頂く場合がございます。

10 緊急時の対応

利用者の生命と安全を確保することを最優先課題とし、あらゆる災害に対して安全対策を講じます。

<消防計画の作成を届出>

防火管理者たる責任者が消防計画を作成し、所轄消防署に提出します。

<避難訓練>

訓練は年2回行うものとし、訓練の内容は通報訓練、消防訓練、避難訓練、総合訓練とします。訓練の際は所轄消防署に連絡を取ります。ご近隣の訓練参加等を含め、日ごろからの協力依頼により、ご近隣との十分な協力体制を図ります。

<防火義務設置設備の整備>

防火設備は消防法令に基づき適正に設置・維持管理をするとともに、有資格者により定期的に点検を行います。

11 事故発生時の対応

利用者の心身の状態に伴い、異変その他緊急事態が生じたときは看護師等が利用者の状態を確認し、必要に応じて家族に連絡し、家族による判断を仰ぎ、必要な処置をとります。又、状況により医師による診察が受けられるよう支援する他、必要な場合は救急対応等や緊急連絡を行います。

1 2 非常災害対策

<火災発生>

火災が発生した場合は、火災報知器で発報し、スタッフや利用者へ知らせる。火元の確認を行い非常通報、非常放送、初期消火活動、避難誘導を行います。避難誘導は火元周辺者、火元フロア利用者、他フロア利用者の順に行い、バルコニーや階段から避難場所へ誘導し、非常通報、非常放送により消防隊到着後は消火・救援活動を任せ、鎮火後、消防隊とともに鎮火確認を行います。

<警戒宣言発令【地震】>

警戒宣言発令後、必要に応じて緊急対策会議を開催、ホーム内の点検、利用者への説明、非常食の準備などを行います。同時に近隣の従業員を招集し、その後の対応に備えます。

<地震発生>

地震発生後、火気の消火及び避難をして地震の沈静化を待ち、利用者の確認（人員、所在、けが等）を行い、けが人等がいた場合は応急処置、病院への搬送、家族への連絡を行います。また、建物の確認（落下物、設備の故障、破損、ガラス窓等の状態、壁、床、天井等のひびや脱落の有無）、情報の確認・収集（テレビ、ラジオ、自治体の広報車等）を行います。その後、復旧作業を行います。

1 3 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

<センター相談窓口>

責任者：管理者 佐藤 健一

電 話：048-229-1401

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

<埼玉県国民健康保険団体連合会>

電 話：048-824-2568（苦情専用）

<蕨市健康福祉部介護保険室>

電 話：048-433-7835

(3) 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

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組	あり		
第三者による評価の実施状況	あり	実 施 日	
		評 価 機 関	
		結果の開示	1あり 2なし
	なし		

(1) 利用者の人権の擁護、虐待等の防止の為、担当者を定めて次の措置を講じます。

- ① 虐待を防止するための従業員に対する定期的な研修の実施
- ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ③ 虐待防止のための指針整備
- ④ 虐待防止のための対策を検討する委員会の設置と従業者への周知

(2) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、これを関係市町村に通報します。

15 当法人の概要

事業法人名：株式会社2nd home

代表者名：代表取締役 佐藤 健一

所在地：埼玉県上尾市本町2-12-8

資本金：9,000千円

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

(事業者) 事業者名 株式会社2nd home

説明者 印

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

(利用者)

氏 名 _____ 印 _____

(代理人又は立会人)

氏 名 _____ 印 _____