

様

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業 重要事項説明書**

令和8年6月1日現在

社会福祉法人三郷市社会福祉協議会

三郷市立戸ヶ崎老人デイサービスセンター

<平成29年4月1日認可 指定番号1171200809>

目 次

- 1.事業の目的と運営方針
- 2.事業者とサービスの内容
- 3.運営の特徴
- 4.利用料金
- 5.サービス利用にあたっての留意事項
- 6.非常災害対策
- 7.緊急時の対応
- 8.事故発生時の対応
- 9.守秘義務に関する対策
- 10.利用者の尊厳
- 11.身体拘束の禁止
- 12.苦情相談窓口
- 13.緊急時の連絡先
- 14.損害賠償について

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

ご利用者である要支援者の意志および人格を尊重して、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。ご利用者が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支援および機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身機能の維持回復を図り、ご利用者の生活機能の維持または向上を目指します。

事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、地域包括支援センター等関係機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者とサービスの内容

開設者・代表者	社会福祉法人三郷市社会福祉協議会 会長 山崎 利吉
所在地	〒341-0041 埼玉県三郷市花和田 638 番地 1 三郷市健康福祉会館内
電話番号	048-953-4191
FAX 番号	048-953-4192
ホームページ	https://www.misato-syakyo.or.jp/
事業所・管理者	三郷市立戸ヶ崎老人デイサービスセンター 所長 浅野間千恵
所在地	〒341-0044 埼玉県三郷市戸ヶ崎3丁目530番地2 (戸ヶ崎老人福祉センター併設)
電話番号	048-956-8000
FAX 番号	048-956-8002
事業所番号	1171200809
認可日	介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業 平成27年4月1日
送迎エリア	三郷市
開館日時	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時15分
休館日	日曜日 12月28日～1月4日
サービス提供時間	午前9時45分～午後3時15分 (5時間30分)
定 員	1日18名(地域密着型通所介護事業及び介護予防通所介護事業含む)
利用できる施設	デイルーム 1室・食堂 1室・相談室 1室(2F) トイレ 3室・機械浴(特殊浴室)・一般浴(特殊浴室)・ 送迎車(2台)

体制	職員種別と員数		1日につき
	所長(管理者) 1名		1名
	生活相談員 2名 【介護福祉士】		1名
	介護職員 5名		5名
	看護師 2名		1名
	機能訓練指導員 2名		1名
	運転手 2名		2名
サービス内容	共 通 的 サ ー ビ ス	生活相談	事業者の職員や関係機関と連絡調整し、生活の向上を目指します。
		日常動作 訓練	日常動作全般動作の支援や見守りを行います。
		健康チェック	一日を通じて様子を観察します。入浴前に体温や脈、血圧を測定します。
		送迎サービス	自宅と事業所の間の送迎を行います。
		入浴サービス	特殊浴槽を使用し、入浴を提供します。
		給食サービス	配食を利用し、ご利用者に合った食事を提供します。自助具を使用し、ご自分で食べていただく環境を整えます。
		レクリエーション	敬老会やクリスマス会等季節の行事を実施します。

※職員の員数は、市長の定める基準を下回らない範囲で変更することがあります。

3. 運営の特徴

老人福祉センターと併設の広い館内は、清掃が行き届き、とても明るくいつも賑やかです。

家庭的な雰囲気の中、ゆったりと過ごしていただけるように、コミュニケーション重視のサービスを提供しています。また、安全で楽しいサービスを提供するために、会議や研修を行いながら、関係機関や職員間の申し送りを徹底させています。

季節の行事やゲーム大会を実施しています。プログラムには、ボランティア等地域の方が参加されています。

なお、戸ヶ崎老人デイサービスセンターは、社会福祉法人三郷市社会福祉協議会が三郷市より指定管理施設として委託を受けて運営しています。

4. 利用料金

市町村において、国が定める基準を上限として定めるものとし、第1号通所事業が法定代理受領サービスである場合は、当該利用料の各利用者の負担割合に応じた額の支払いを行うこととする。

(1) 介護報酬告示額

本利用料については、月定額制となっております。月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算しますが、第1号通所サービス計画に定めた期日より利用が少なかった場合や多かった場合であっても利用料の日割りでの割引または増額はしません。

① 共通的服务（1月あたり／送迎サービス、入浴サービスを含みます）

要支援度	単位数	利用者負担金額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	1,798単位／月	1,847円	3,693円	5,540円
要支援2	3,621単位／月	3,719円	7,438円	11,157円

※利用者負担金額は地域区別の単価（三郷市は6級地 1単位＝10.27円）を乗じて算出しています。計算過程において、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じることがあります。

② 選択的服务加算等（1月あたり）

加算内容	単位数	利用者負担金額		
		1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援1は88単位	91円	181円	271円
	要支援2は176単位	181円	362円	543円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定単位数（※1） $\times 12.7\% \times \text{地域区分加算} 10.27\text{円} = A$	$A - (A \times 0.9) = \text{利用者負担額}$	$A - (A \times 0.8) = \text{利用者負担額}$	$A - (A \times 0.7) = \text{利用者負担額}$

※利用者負担金額は地域区別の単価（三郷市は6級地 1単位＝10.27円）を乗じて算出しています。計算過程において、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じることがあります。

所定単位数は、基本報酬に各種加算を加えた総単位数

(2) その他の費用

- ① 食事の提供に要する費用 1食あたり 600円（おやつ代含む）
- ② レクリエーション等材料費 1回あたり 50円
- ③ クリーニング代 1回あたり 50円（タオル貸し出し代、希望者のみ）

(3) キャンセル規定

ご利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ① 利用日前日午後2時までに連絡をいただいた場合…無料
- ② 利用日前日午後2時以降に連絡をいただいた場合…昼食代600円
- ③ 来所後、早退等でサービスが中止になった場合…昼食代600円

5. サービス利用にあたっての留意事項

(1)送迎サービス	○交通事情や当日の欠席者等により送迎時間が前後する場合がありますので、自宅内で支度をしてお待ちください。 ○送迎時間は変更させていただくことがあります。変更の場合は、連絡帳にて連絡します。 ○自宅の鍵を持参される場合は、送迎時に送迎担当職員へ伝えていただくか事前にセンターにご連絡願います。
(2)入浴サービス	○当日の健康チェックにより、入浴サービスを中止することがあります。 ○入浴の順番は、その日のご利用者の体調や人数により変更することがあります。 ○バスタオル等の入浴セットを持参してください。
(3)食事サービス	○提供された食事やおやつは、自宅に持ち帰ることはできません。 ○お弁当や飲み物の持込は、持ち込まれた弁当等の管理や衛生面およびこれに関わる事故（食中毒等）につきまして責任を負いかねますので、ご遠慮ください。
(4)服薬および処置	○昼食前後の服薬があるかたは薬の説明書を持参してください。また、服薬内容が変更になったときも薬の説明書を持参してください。 ○処置があるかたは、貼り薬や塗り薬を持参し、処置の方法を職員へ伝えてください。
(5)口腔体操	○12時15分より、口腔体操を実施します。
(6)連絡帳および連絡袋	○利用時に持参してください。健康チェックの値やセンターで一日に行ったサービス内容を記入します。 ○サービス終了後は、センターからの連絡がある場合がありますので、必ず内容をご確認ください。 ○ご利用者およびご家族からの連絡は、連絡欄を使用してください。
(7)ボランティアの受け入れについて	○地域のボランティアの受け入れを行っています。 ○お楽しみ会や行事の際には、演芸披露のボランティアの受け入れを行っています。
(8)実習生の受け入れについて	○資格取得のための実習生の受け入れを行っています。 ○生活相談員の訪問や会議に同行させていただくことがあります。
(9)その他（お願い）	○サービスに先立ち、体調の変化があった際には職員へご連絡ください。 ○サービス中は、職員の指示に従ってください。 ○持ち物には、返却間違いを防ぐため、すべて名前を記入してください。 ○紙パンツやパッド等は、必要な分を持参してください。 ○現金や貴重品、食べ物は持参しないでください。また、事業所内でのご利用者同士の金銭および食物、物品等のやりとりは、ご遠慮願います。 ○職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

	○騒音や他のご利用者および職員に対する暴言等、迷惑になる行為はご遠慮願います。 ○センター内における宗教活動および政治活動はご遠慮願います。 ○法人や事業所の広報紙やホームページに写真を掲載する場合がありますので、あらかじめご了承ください。(社協だより、ボランティアみさと、センターだより、三郷市社会福祉協議会ホームページ)
--	---

6. 非常災害対策

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定した上で、職員に対して周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時にご利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに必要な措置を講じ、ご家族や関係機関へ連絡を行います。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族や市町村、関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

事業者および職員は、業務上知り得たご利用者またはそのご家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

ご利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

11. 身体拘束の禁止

原則として、ご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、事前にご利用者およびそのご家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様および時間、その際のご利用者の心身の状況ならびに緊急の場合など、やむを得ない理由について記録します。

12. 苦情相談窓口

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

①三郷市立戸ヶ崎老人デイサービスセンター 担当者：所長 浅野間 千恵

利用時間：月～土曜日 午前8時45分～午後4時30分

利用方法：電話（048-956-8000）または来所

②社会福祉法人三郷市社会福祉協議会

所在地：埼玉県三郷市花和田638番地1 三郷市健康福祉会館内

電話番号：048-953-4191

受付時間：午前8時45分～午後4時30分（土、日、祝日を除く）

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

①三郷市長寿いきがい課または介護保険課

所在地：埼玉県三郷市花和田638番地1 三郷市健康福祉会館内

電話番号：048-953-1111

受付時間：午前8時45分～午後4時30分（土、日、祝日を除く）

②埼玉県国民健康保険団体連合会介護福祉課苦情対応係

所在地：埼玉県さいたま市中央区大字下落合1704番（国保会館8階）

電話番号：048-824-2568

FAX番号：048-824-2561

受付時間：午前8時30分～正午、午後1時～午後5時（土、日、祝日を除く）

③埼玉県運営適正化委員会

所在地：埼玉県さいたま市浦和区針ヶ谷4丁目2番地65号

電話番号：048-822-1243

FAX番号：048-822-1406

受付時間：午前9時～午後4時（土、日、祝日を除く）

(3) 苦情処理第三者委員

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

氏 名	住 所	電話番号
〇〇 〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
△△ △△	△△△△△△△△△△△△△△△	△△△-△△△-△△△△

13. 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「利用申請書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。連絡先に変更があった場合は、その都度お知らせください。

14. 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ご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。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、ご利用者に故意または過失が認められた場合やご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。

第1号通所事業の開始にあたり、ご利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

<事業所>

所在地 埼玉県三郷市戸ヶ崎三丁目530番地2

事業所名 三郷市立戸ヶ崎老人デイサービスセンター
(指定番号1171200809)

管理者名 所 長 浅 野 間 千 恵 印

説明者 生活相談員 印

私は、契約書および本書面により、事業者から指定介護予防通所介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

<ご利用者>

住 所

氏 名 印

<ご家族またはご利用者代理人（選任した場合）>

住 所

氏 名 印

(続柄)