

重 要 事 項 説 明 書

<令和 8 年 6 月 1 日現在>

1 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 0493-59-6870（午前 9 時～午後 4 時まで）

担当 _____ ㊞ （生活相談員）

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 『デイサービスセンターひだまり』 の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

施設名称	デイサービスセンター ひだまり
所在地	東松山市松山町 2 丁目 1264-1
介護保険指定番号	(埼玉県 1173300664 号)
サービスを提供する地域 ※	東松山市、滑川町、吉見町、嵐山町

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同センターの職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1 名		サービス管理全般	1 名
生活相談員	3 名	1 名	生活上の相談等	4 名
機能訓練指導員	2 名	14 名	リハビリテーション・機能回復訓練等	16 名
看護職員	2 名	5 名	医療、健康管理業務等	7 名
介護職員	2 名	3 名	日常介護業務等	5 名

(3) 同センターの設備の概要

定員	35 名	静養室	1 室
食堂兼機能訓練室	1 室	相談室	1 室
浴室	一般浴槽 個浴槽		
	機械浴槽	送迎車	4 台

(4) 営業日及び営業時間

日～土（祝日を含む）	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
サービス提供時間	午前 10 時 00 分～午後 4 時 00 分

※ 定休日は、12 月 30 日から翌年 1 月 3 日まで（例年実績）

緊急連絡先 0493-59-6870

3 サービス内容

通所介護計画及び予防通所介護相当サービス計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護を行います。具体的な内容は、1 日の流れをご覧ください。

4 料金

(1) 利用料金

①通所介護（地域区分別 1 単位の単価 10.27 円）

ア、通所介護費（利用料） 1 日あたり

通常規模 6 時間～7 時間

	利用料金	自己負担金 1 割	自己負担金 2 割	自己負担金 3 割
要介護 1	5, 9 9 7 円	6 0 0 円	1, 2 0 0 円	1, 8 0 0 円
要介護 2	7, 0 7 6 円	7 0 8 円	1, 4 1 6 円	2, 1 2 3 円
要介護 3	8, 1 7 4 円	8 1 8 円	1, 6 3 5 円	2, 4 5 3 円
要介護 4	9, 2 5 3 円	9 2 6 円	1, 8 5 1 円	2, 7 7 6 円
要介護 5	1 0, 3 5 2 円	1, 0 3 6 円	2, 0 7 1 円	3, 1 0 6 円

イ、その他加算 1 日あたり (※1) 1 月あたり（算定要件を満たした場合に算定します）

	利用料金	自己負担金 1 割	自己負担金 2 割	自己負担金 3 割
入浴介助加算（Ⅰ）	4 1 0 円	4 1 円	8 2 円	1 2 3 円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	5 7 5 円	5 8 円	1 1 5 円	1 7 3 円
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	7 8 0 円	7 8 円	1 5 6 円	2 3 4 円
(※1)個別機能訓練加算(Ⅱ)	2 0 5 円	2 1 円	4 1 円	7 4 円
(※1)ADL 維持等加算(Ⅱ)	6 1 6 円	6 2 円	1 2 4 円	1 8 5 円
(※1)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
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	2 2 5 円	2 2 円	4 5 円	6 8 円
中重度者ケア体制加算	4 6 2 円	4 7 円	9 3 円	1 3 9 円
送迎減算(片道 1 回につき)	－4 8 2 円	－4 9 円	－9 7 円	－1 4 5 円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護報酬総単位数×12. 0 %			

②予防通所介護相当サービス（地域区分別 1 単位の単価 10.27 円）

ア、 予防通所介護相当サービス費（利用料） 1 月あたり

	利用料金	自己負担金 1 割	自己負担金 2 割	自己負担金 3 割
要支援 1・事業対象者	1 8, 4 6 5 円	1, 8 4 7 円	3, 6 9 3 円	5, 5 4 0 円
要支援 2・事業対象者	3 7, 1 8 7 円	3, 7 1 9 円	7, 4 3 8 円	1 1, 1 5 7 円

イ、その他の加算 1 月あたり (※1)（算定要件を満たした場合に算定します）

	利用料金	自己負担金 1 割	自己負担金 2 割	自己負担金 3 割
(※1)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
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	要支援 1	9 0 3 円	9 1 円	1 8 1 円
	要支援 2	1, 8 0 7 円	1 8 1 円	3 6 2 円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護報酬総単位数×12. 0 %			

③その他介護保険給付対象外サービスの利用料（共通）

昼食材料費	1 食あたり 8 5 0 円（全額自己負担）（おやつ代、飲み物代含む）
そ の 他	おむつ代、レクリエーションに係る費用等は実費となります。

(2) 交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方の実施地域を越えて行う送迎に要する費用

通常の事業の実施地域を越えた地点から片道	10 キロ未満	300 円
	10 キロ以上	500 円

(3) キャンセル料

利用者のご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 ご利用日の前日午後 5 時までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の当日午前 8 時 30 分までにご連絡いただいた場合	デイサービス利用料の 10% ＋ 昼食材料費全額
③ ご利用日の当日午前 8 時 30 分までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料の 50% ＋ 昼食材料費全額

サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り返ることができます。

ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

(4) 支払方法

上記の利用料（利用者負担分の金額）は、1 か月ごとにまとめて請求しますので、下記の方法によりお支払いください。利用者負担金の受領に関わる領収書については、利用者負担金の支払いを受けた後に発行します。

支払い方法	支払い要件等
口座振替	サービスを利用した月の翌月 27 日（祝休日の場合は直後の平日）に指定口座より引き落とします。
現金払い （口座振替が不可能な方）	サービスを利用した月の翌月末までに、現金でお支払いください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込ください。当センター職員がお伺いいたします。

通所介護計画及び予防通所介護相当サービス計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出ください。

② 当センターの都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了 30 日前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合……入所日の翌日
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と

認定された場合……………非該当となった日

- ・ 利用者がお亡くなりになった場合……………死亡日の翌日

④ その他

- ・ 当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当センターが破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを 30 日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15 日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院又は病気等により 3 ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、又は利用者や御家族などが当施設の従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただくことができます。

6 第三者評価機関 現在、行っておりません。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

8 健康上の理由による中止

- ①風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ②当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容の変更又は中止を行うことがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、御家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

9 相談、要望、苦情等の窓口

通所介護及び予防通所介護相当サービスに関する相談、要望、苦情等は、サービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

☆ サービス提供責任者	小松 広幸
☆ サービス相談窓口	生活相談員
電話番号：０４９３－５９－６８７０	

各市町村の窓口	
東松山市役所 介護保険担当課	
電話番号 ０４９３－２３－２２２１（代）	
吉見町役場 介護保険担当課	
電話番号 ０４９３－５４－１５１１（代）	
滑川町役場 介護保険担当課	
電話番号 ０４９３－５６－２２１１（代）	
嵐山町役場 介護保険担当課	
電話番号 ０４９３－６２－２１５０（代）	
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係	
電話番号 ０４８－８２４－２５６８（直通）	

緊 急 連 絡 票

緊急連絡先①	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
緊急連絡先②	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
主治医	
病院又は診療所名	
医師名	
住所	
電話番号	

令和 年 月 日

通所介護及び予防通所介護相当サービスの提供開始にあたり、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 埼玉県東松山市松山町 2 丁目 1264-1

名 称 株式会社ケアサービス彩松
(デイサービスセンター ひだまり) 印

説明者 氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護及び予防通所介護相当サービスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者

住 所

氏 名 印

(代筆人) 住 所

氏 名 印

(続柄)