

通所介護事業・介護予防通所介護事業・

第一号通所事業（介護予防通所介護相当）重要事項説明書

2025 年 9 月 1 日

1. 当事業所が提供するサービスおよび苦情に関する相談窓口

担当者 永井 かおり

電 話 (027) 330-6031 (午前9時から午後5時まで)

FAX (027) 330-6038

～～～ 行政等の苦情相談窓口 ～～～

高崎市介護保険担当課 電話 (027) 321-1111

群馬県国民健康保険団体連合会苦情処理委員会 電話 (027) 290-1323

2. 当事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名 デイサービスセンターほほえみ

所在地 高崎市高関町511-1

介護保険事業所番号 群馬県 1070201783 号

サービス提供地域 高崎市内（旧群馬郡、吉井町、新町を除く地域）

(2) 職員体制

管理者 1名（生活相談員・介護職員と兼務）

管理者は、センターの従業者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遵守させるため必要な指揮命令を行う。

生活相談員 1名以上

利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族の相談に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行う。

看護職員 2名以上

利用者の健康状態の確認を行うとともに、提供時間を通じて密接かつ適切な連携を図り援助を行う。

介護職員 5名以上

利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援、日常生活の援助を行う。

機能訓練指導員 2名以上

日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う。

歯科衛生士 1名以上

利用者の口腔ケア等を行う。

(3) 設備等

定員30名 食堂兼訓練室1室 入浴設備1室 送迎車7台 静養スペース有り

相談室有り 車椅子5台

(4) サービスの提供日および提供時間帯

提供日 月曜日から土曜日まで（ただし、12月30日から1月3日までは休業）

提供時間帯 午前9時30分から午後4時30分まで

3. サービス内容

- ①利用者の送迎 ②入浴 ③食事提供 ④個別機能訓練 ⑤生活相談 ⑥口腔機能向上
⑦リハビリ・車椅子等での散歩など

4. 利用料金

利用料金は、介護保険で給付されるサービスをご利用の場合は、基本的に介護報酬告示上の額の1割（または2割、3割）です（介護保険負担割合証の区分をご確認ください）。要介護1から5の方と要支援1および2の方とでは、料金体系が異なります。

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

実際のご負担額は以下のとおりです。

<介護保険>

【通常規模型通所介護費】（1日につき） 自己負担1割の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3～4時間未満	370 単位	423 単位	479 単位	533 単位	588 単位
4～5時間未満	388 単位	444 単位	502 単位	560 単位	617 単位
5～6時間未満	570 単位	673 単位	777 単位	880 単位	984 単位
6～7時間未満	584 単位	689 単位	796 単位	901 単位	1008 単位
7～8時間未満	658 単位	777 単位	900 単位	1023 単位	1148 単位
8～9時間未満	669 単位	791 単位	915 単位	1041 単位	1168 単位

・具体例

「要介護1」、「7～8時間未満」、「自己負担1割」のご利用の場合

658 単位… $658 \times \text{単位} (10.27 (\text{注1 参照})) = 6,758 \text{ 円}$ ※10割負担

1割負担…676 円

2割負担…1352 円

3割負担…2028 円

※上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

加算に係わる利用料

(単位)

加算項目名	単位数
入浴介助加算Ⅰ（1日につき）	40
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ（1日につき）	56
個別機能訓練加算（Ⅱ）（1月につき）	20
口腔機能向上加算Ⅱ（1回につき、月2回限度）	160
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（1回につき）	22
中重度ケア体制加算	45

生活機能向上連携加算（Ⅱ）ロ	200 (個別機能訓練を算定している場合は100単位)
科学的介護推進体制加算(1月につき)	40
ADL維持加算（Ⅱ）（1月につき）	60
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	合計金額の9.2%
地域加算	合計金額の2.7%

(注1)高崎市は6級地、1単位あたり10.27円となります。

※感染症または災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合は基本報酬に3%上乘せとなります。

※送迎減算…当事業所が送迎を行わなかった場合、片道47単位（往復94単位）が基本報酬より減額となります。

<予防介護・第一号通所事業>

通常規模型通所介護費

(単位)

	1割負担
要支援1	1,798
要支援2	3,621

加算に係わる利用料

(単位)

加算項目名		1割負担
口腔機能向上加算（Ⅱ）		160
科学的介護推進体制加算		40
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援1	88
	要支援2	176
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		合計金額の9.2%
地域加算		合計金額の2.7%

<その他の料金>

(1) ＊食費（昼食・おやつ代） 700円

＊おむつ代 実費（希望者）

(2)利用料金のお支払い方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので現金支払の場合は、25日頃までにお支払い下さい。なお、お支払方法は、銀行や郵便局の口座からの自動引き落としもあります。自動引き落としの場合は翌月27日に引き落としになります。お支払いが済みしだい領収書を発行いたします。

5. 当事業所の通所介護の特徴

(1)運営方針

ご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ができるよう、介護および機能訓練をおこない、心身の機能の維持・回復を図ります。

(2) サービスの質向上のための方策

＊各種研修会に参加し、理念・技術の向上を図ります。

＊ボランティアとの連携で多様な援助を実現します。

(3) サービス利用に当たっての調整、確認事項。

①送迎時間の連絡 ②体調確認 ③体調不良等によるサービスの中止・変更

④食事のキャンセル ⑤時間変更 ⑥設備器具の利用

⑦連絡用のノートファイルをお渡しいたしますので、記録の確認をお願いいたします。

6. 緊急時の対応

サービスのご利用中に容体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（119番）、親族、居宅支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医氏名_____ 連絡先_____

ご家族氏名_____ 連絡先_____

居宅事業者氏名_____ 連絡先_____

7. 秘密の保持と情報提供

当事業所が、サービス提供をする上で知り得た利用者・ご家族に関する秘密は正当な理由なく他に漏らすことはありません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

利用者・ご家族に適切なサービスの提供をする上で、知り得た情報を主治医・担当居宅介護支援専門員・利用しているサービス事業者等にサービス担当者会議等において提供させていただきます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者のご家族、主治医、担当居宅介護支援専門員、市町村に速やかに連絡します。賠償すべき事故（事故の発生を予測不可能な場合を除く）が発生した場合は、責任をもって損害賠償をおこないます。また、事故の原因を解明し対策を講じるとともに再発防止に努めます。

9. 非常災害対策（業務継続計画の策定等）

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護事業の継続及び、非常時体制においても早期に業務再開を図るための計画を策定し、当事業所の業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

火災時等の避難場所は高崎中央病院駐車場です。

地震等で避難命令が発令された場合の避難場所は、城東小学校（高崎市江木町128-1）です。

消防用設備等 消火器具 自動火災報知設備 誘導灯

消防避難訓練は、当センター消防計画により年2回実施します。

防火管理者：塚田純一、火元責任者：永井かおり、火元副責任者：原田有美

10. 高齢者虐待の防止

利用者などの人権擁護・虐待防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者 管理者 永井 かおり
- (2) 研修などを通じて、すべての職員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- (3) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (4) 職員が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者などの権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

11. 介護サービスの利用にあたってご留意頂きたい禁止事項および契約解除について

- (1) 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- (2) 職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- (3) 職員に対するセクシャルハラスメント（意に沿わない性的誘い掛け、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）
- (4) 職員の心身に危害が生じ、又は生ずる恐れのある場合であって、その危害の発生または再発を防止することが著しく困難になったときには、利用者に対して相応な期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解除することが出来る。

12. 当事業者の概要

名 称 はるな生活協同組合

代表者 理事長 鈴木 隆

住 所 高崎市上中居町 1461-1

電 話 （027）388－0011

定款に定めた事業

高崎中央病院、通町診療所、はるな生協歯科診療所、高崎市在宅介護支援センターふれあい、訪問看護ステーションほほえみ、ヘルパーステーションレインボー、デイサービスセンターほほえみ、居宅介護支援事業所ほほえみ、デイホームほほえみの杜、ショートステイほほえみの杜、デイサービス虹の家、看護小規模多機能つむぎ

13. 第三者評価の実施

直近の実施日	令和7年11月1日～12月1日
実施した評価機関の名称	日本医療福祉生活協同組合連合会
評価方法	アンケート調査
評価結果の開示状況	事業所内に掲示

通所介護・介護予防通所介護の提供にあたり、利用者・家族に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者 はるな生活協同組合 理事長 鈴木 隆

事業所 デイサービスセンターほほえみ

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者 _____ (印)

私は、契約書および本書面により、重要事項の説明を受け、内容について同意します。また、本書面を受領しました。

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人 続柄 _____

住所 _____

氏名 _____ (印)