

# 地域密着型通所介護及び指定総合事業通所型サービス重要事項説明書

[令和8年6月1日現在]

## 1 法人の概要

|              |                             |
|--------------|-----------------------------|
| 法人の名称        | 社会福祉法人 向日葵会                 |
| 代表者役職・氏名     | 理事長 川野美寧                    |
| 法人本部所在地・電話番号 | 埼玉県所沢市中新井435 ・ 04-2943-3003 |
| 法人設立年        | 昭和56年                       |

## 2 サービスを提供する事業所の概要

### (1) 事業所の名称等

|             |                                                                                       |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設名称        | 第2ひまわり〈リハスタジオひまわり〉                                                                    |
| 事業所番号       | 地域密着型通所介護（事業所番号 1192500450）<br>総合事業通所型サービス（事業所番号 11A2500085）                          |
| 所在地         | 〒359-0041 埼玉県所沢市中新井564                                                                |
| 電話番号        | 04-2936-7711                                                                          |
| FAX番号       | 04-2936-7771                                                                          |
| 通常の事業の実施地域  | 所沢市中新井 並木 北原町 こぶし町 中富 中富南<br>美原町 若松町 下新井 神米金 松葉町 弥生町 花園<br>所沢新町 下富 ※上記地域以外の方はご相談ください。 |
| 第三者評価 実施の有無 | 有 ・ <u>無</u>                                                                          |

### (2) 事業所の窓口の営業日及び営業時間

|          |                                           |
|----------|-------------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日から金曜日まで                                |
| 休業日      | 土曜日 日曜日<br>12月29日から1月3日 5月3日から5日          |
| 営業時間     | 8時30分から17時00分                             |
| サービス提供時間 | 1単位目 9時00分から12時05分<br>2単位目 13時45分から16時50分 |

### (3) 事業所の勤務体制

| 職種  | 業務内容                                                 | 勤務形態・人数 |
|-----|------------------------------------------------------|---------|
| 管理者 | ・従業者と業務の管理を行います。<br>・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 | 1人      |

|         |                                                                   |      |
|---------|-------------------------------------------------------------------|------|
| 生活相談員   | ・生活相談、入浴、排泄、食事等の介護に関する相談及び援助を行います。                                | 1人以上 |
| 看護職員    | ・利用者の健康状態の確認を行います。<br>・利用者の病状が急変した場合に利用者の主治の医師の指示を受けて、必要な看護を行います。 | 1人以上 |
| 介護職員    | ・必要な日常生活の援助及び介護を行います。                                             | 2人以上 |
| 機能訓練指導員 | ・日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための機能訓練を行います。                              | 1人以上 |

### 3 サービス内容

「居宅サービス計画」及び「介護予防サービス支援計画表」に沿って、「地域密着型通所介護計画」、「通所型サービス（予防通所相当）計画」を作成し、次のようなサービスを提供します。

- ① 送迎：送迎を必要とする利用者に対し、送迎サービス、移動、移乗介助等を行います。  
※通常の事業の実施地域以外の利用者はご相談ください。
- ② 個別機能訓練：個別の機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施します。
- ③ 趣味活動：利用者の希望に添って諸活動を行います。
- ④ 生活相談：利用者およびその家族の日常生活における介護、環境整備、手続関係等に関する相談、助言を行います。

### 4 利用料、その他の費用の額

#### (1) 通所介護の利用料

##### ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下の通りです。利用者負担額は、各利用者の負担割合に応じた額（介護報酬額の1割または2割または3割）となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります

#### 【通所介護費（地域密着型）】

※地域区分別1単位の単価（6級地）10.27円

| 1回当たりの<br>所要時間 | 介護度  | 単位    | 介護報酬額    | 利用者負担額 |          |          |
|----------------|------|-------|----------|--------|----------|----------|
|                |      |       |          | 1割     | 2割       | 3割       |
| 3時間以上<br>4時間未満 | 要介護1 | 416単位 | 4 2 7 2円 | 4 2 8円 | 8 5 5円   | 1 2 8 2円 |
|                | 要介護2 | 478単位 | 4 9 0 9円 | 4 9 1円 | 9 8 2円   | 1 4 7 3円 |
|                | 要介護3 | 540単位 | 5 5 4 5円 | 5 5 5円 | 1 1 0 9円 | 1 6 6 4円 |
|                | 要介護4 | 600単位 | 6 1 6 2円 | 6 1 7円 | 1 2 3 3円 | 1 8 4 9円 |
|                | 要介護5 | 663単位 | 6 8 0 9円 | 6 8 1円 | 1 3 6 2円 | 2 0 4 3円 |

## イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類          | 単位             | 介護報酬額 | 利用者負担額   | 算定回数等 |
|----------------|----------------|-------|----------|-------|
| 個別機能訓練加算Ⅰロ     | 76単位           | 780円  | 1割 78円   | 1日につき |
|                |                |       | 2割 156円  |       |
|                |                |       | 3割 234円  |       |
| 個別機能訓練加算Ⅰイ     | 56単位           | 575円  | 1割 58円   | 1日につき |
|                |                |       | 2割 115円  |       |
|                |                |       | 3割 173円  |       |
| 個別機能訓練加算Ⅱ      | 20単位           | 205円  | 1割 21円   | 1月につき |
|                |                |       | 2割 41円   |       |
|                |                |       | 3割 62円   |       |
| ADL維持等加算Ⅰ※1    | 30単位           | 308円  | 1割 31円   | 1月につき |
|                |                |       | 2割 62円   |       |
|                |                |       | 3割 93円   |       |
| ADL維持等加算Ⅱ※2    | 60単位           | 616円  | 1割 62円   | 1月につき |
|                |                |       | 2割 124円  |       |
|                |                |       | 3割 185円  |       |
| 科学的介護推進体制加算    | 40単位           | 410円  | 1割 41円   | 1月につき |
|                |                |       | 2割 82円   |       |
|                |                |       | 3割 123円  |       |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ  | 22単位           | 225円  | 1割 23円   | 1回につき |
|                |                |       | 2割 45円   |       |
|                |                |       | 3割 68円   |       |
| 送迎を行わない場合の減算   | －47単位          | －482円 | 1割 －49円  | 片道につき |
|                |                |       | 2割 －97円  |       |
|                |                |       | 3割 －145円 |       |
| 地域通所介護処遇改善加算Ⅰロ | 所定単位数の127/1000 |       |          | 1月につき |

※1 ADL維持等加算Ⅰ：厚生労働省に結果を提出し評価対象の利用者のADL利得を平均して得た値が1以上の場合適応

※2 ADL維持等加算Ⅱ：厚生労働省に結果を提出し評価対象の利用者のADL利得を平均して得た値が2以上の場合適応

## (2) 通所型サービス（予防通所相当）の利用料

### ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下の通りです。利用者負担額は、各利用者の負担割合に応じた額（介護報酬額の1割または2割または3割）となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

| 区分            | 利用回数            | 介護報酬額                | 利用者負担額   |          |           |
|---------------|-----------------|----------------------|----------|----------|-----------|
|               |                 |                      | 1割       | 2割       | 3割        |
| 要支援1<br>事業対象者 | 週1回程度           | 436単位<br>(1月の中で4回まで) | 448円(1回) | 896円(1回) | 1344円(1回) |
| 要支援1<br>事業対象者 | 月5週で<br>5回利用の場合 | 1798単位               | 1847円(月) | 3693円(月) | 5540円(月)  |
| 要支援2<br>事業対象者 | 週2回程度           | 447単位<br>(1月の中で8回まで) | 459円(1回) | 918円(1回) | 1377円(1回) |
| 要支援2<br>事業対象者 | 月5週で<br>9回利用の場合 | 3621単位               | 3719円(月) | 7438円(月) | 11157円(月) |

## イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類                        | 単位                      | 介護報酬額  | 利用者負担額 |      |       | 算定回数等 |
|------------------------------|-------------------------|--------|--------|------|-------|-------|
|                              |                         |        | 1割     | 2割   | 3割    |       |
| サービス提供体制<br>強化加算(Ⅰ)1<br>要支援1 | 88単位                    | 903円   | 91円    | 181円 | 271円  | 1月につき |
| サービス提供体制<br>強化加算(Ⅰ)2<br>要支援2 | 176単位                   | 1,807円 | 181円   | 362円 | 543円  | 1月につき |
| 送迎を行わない場合<br>の減算             | －47単位                   | －482円  | －49円   | －97円 | －145円 | 片道につき |
| 科学的介護推進体制<br>加算              | 40単位                    | 410円   | 41円    | 82円  | 123円  | 1月につき |
| 通所型独自サービス<br>処遇改善加算Ⅰ<br>ロ    | 所定単位の<br>数の<br>127/1000 |        |        |      |       | 1月につき |

※地域区分別1単位の単価(6級地)10.27円

## (3) その他の費用

バスタオル(ウォーターベッド用) 2枚で60円

施設のパット リハビリパンツ 紙パンツ トロミ等を使用した場合の実費

その他 特別な行事等にかかる費用

## 5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

### (1) 請求方法

② 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。

③ 請求書は、利用月の翌月15日までに利用者あてにお届けします。

## (2) 支払い方法等

①下記のいずれかの方法でお支払いください。

- ・ ゆうちょ銀行からの引き落とし
- ・ 飯能信用金庫新所沢支店からの引き落とし
- ・ 事業者が指定する口座への振り込み

②お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください

(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります)。

## 6 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員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) 事業者およびサービス従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (3) 利用者又は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扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

## 7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員へ連絡をいたします。

## 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は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業所に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |                            |       |         |      |           |
|-------|----------------------------|-------|---------|------|-----------|
| 保険名称  | ：社会福祉法人全国社会福祉協議会「しせつの損害補償」 |       |         |      |           |
| 保険会社  | ：損害保険ジャパン日本興亜株式会社          |       |         |      |           |
| 主な補償額 | ：対人賠償                      | 1名2億円 | 1事故10億円 | 対物賠償 | 1事故2000万円 |

## 9 非常災害対策

(1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火責任者）をおき、非常災害対策に関する取り組みを行います。

防火責任者：池田 直樹

(2) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、定期的に職員に周知します。

(3) 定期的に避難、救助その他必要な訓練を行います。

## 10 サービス提供に関する相談、苦情

### (1) 苦情処理の体制及び手順

サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

### (2) 苦情相談窓口

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| 担 当  | 川野 美寧 中釜 大輔 池田 直樹             |
| 電 話  | 04-2936-7711 FAX 04-2936-7771 |
| 受付時間 | 午前9時～午後5時（月曜日～金曜日）            |

当事業所以外に、県及び市町村の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

|                                                                 |              |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|
| 所沢市福祉部介護保険課（月曜～金曜 8:30～17:15）                                   | 04-2998-9420 |
| 所沢市福祉部高齢者支援課（月曜～金曜 8:30～17:15）                                  | 04-2998-9120 |
| 埼玉県国民健康保健団体連合会 介護保険課 苦情対応係<br>8:30～12:00、13:00～17:00（土・日・祝日は除く） | 048-824-2568 |

## 11 第2ひまわり<リハスタジオひまわり>の特徴等

### (1) 特徴

- ① 理学療法士が評価し、1人1人に合わせた個別のプログラムを作成します。
- ② 充実したリハビリ機器を揃え、様々なご希望に対応致します。
- ③ 短い時間で集中的に身体を動かしていただきます。

### (2) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡：あらかじめ利用者の方と相談し連絡致します。
- ・体調確認：施設に到着したときに利用者の方の状態を把握し、体調を確認します。健康時の体温を知る為に、通年を通して利用日の朝の検温をお願い致します。
- ・時間変更：ケアプランに基づいた時間でのご利用になりますが、変更を希望される方は、ご相談ください。
- ・利用開始時に医師の指示書をご提出いただく場合がございます。年1回の健康診断の結果をお知らせください。
- ・ご都合で利用を中止される場合は事前にご連絡ください。当日朝のご連絡はできるだけ午前8時10分頃までお願いいたします。

- ・外出先での入園料費や食費等、特別に費用がかかる場合は自己負担でいただくことがあります。その際は事前にご連絡いたします。
- ・当施設は大学等の相談援助実習を受け入れております。

## 12 法人の概要

法人名称 社会福祉法人 向日葵会  
 代表者 理事長 川野 美寧  
 法人本部所在地 埼玉県所沢市中新井435  
 電話番号 04-2943-3003  
 法人設立 昭和56年

### 施設等（種別）

デイサービスセンターひまわり（通所介護事業所）  
 居宅介護支援事業所ひまわり（居宅介護支援事業所）  
 並木地域包括支援センター  
 ひまわり保育園  
 小規模多機能型居宅介護事業所ひまわり  
 東所沢保育園  
 第2ひまわり<リハスタジオひまわり>（地域密着型通所介護事業所）

指定地域密着型通所介護、通所型サービス（予防通所相当）の提供開始に当たり、利用者に対して契約書および重要な事項を説明しました。

### 事業者

所在地 埼玉県所沢市中新井435  
 法人名 社会福祉法人向日葵会  
 代表者名 理事長 川野 美寧

### 説明者

事業所名 第2ひまわり<リハスタジオひまわり>  
 氏名

令和 年 月 日

私は、事業所から重要な事項の説明を受け、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

(代理人) 住所  
 氏名