介護予防認知症対応型通所介重要事項説明書

〔令和８年１０月１日現在〕

１　事業者（法人）の概要

名　　称	社会福祉法人川口市社会福祉事業団	所　在　地	埼玉県川口市大字赤井１０５５番地
電 話 番 号	０４８－２２９－３３８７	代表者氏名	理事長　金子　孝幸
設 立 年 月	昭和５９年4月1日		

２　サービスを提供する事業所の概要

（1）事業所の名称等

名　　称	川口市認知症対応型通所介護事業所「芝れんげそう」	所　在　地	川口市大字伊刈２０番地
電 話 番 号	０４８－２６４－３５０１	ＦＡＸ番号	０４８－２６４－３５０２
サービスの種類	介護予防認知症対応型通所介護	事業所番号	１１９０２０１５２３号
通常の事業の実施地域	川口市		

（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（１２月２９日から翌年1月３日までを除く）
営業時間	午前８時３０分から午後５時１５分まで
サービス提供時間	午前８時３０分から午後５時まで

（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。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。	常勤　２人
生活相談員	生活相談、入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助を行います。	常勤　２人以上
看護職員	利用者の健康状態の確認を行います。 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。	常勤　１人以上
介護職員	必要な日常生活の世話及び介護を行います。	常勤　３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以上

（4）同施設の設備の概要

定　　員	２４　名	食堂兼日常動作訓練室	１　室
静 養 室	１　室	相 談 室	１　室
浴　　室	一般浴槽、特殊浴槽	送 迎 車	２　台

３　サービス内容

介護予防認知症対応型通所介護計画に沿って、入浴介助、食事の提供、送迎、レクリエーションその他必要な援助を行います。

４　利用料、その他の費用の額

（1）介護予防認知症対応型通所介護の利用料

① 基本利用料　利用者負担額は、介護保険負担割合証に記載された割合の額です。
また、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

	１日あたり基本利用料	利用者負担額			１日あたり基本利用料	利用者負担額		
		１割の額	２割の額	３割の額		１割の額	２割の額	３割の額
介護度	３時間以上４時間未満				４時間以上５時間未満			
要支援１	5,011 円	502 円	1,003 円	1,504 円	5,243 円	525 円	1,049 円	1,573 円
要支援２	5,549 円	555 円	1,110 円	1,665 円	5,813 円	582 円	1,163 円	1,744 円
介護度	５時間以上６時間未満				６時間以上７時間未満			
要支援１	7,817 円	782 円	1,564 円	2,346 円	8,018 円	802 円	1,604 円	2,406 円
要支援２	8,735 円	874 円	1,747 円	2,621 円	8,978 円	989 円	1,796 円	2,694 円
介護度	７時間以上８時間未満				８時間以上９時間未満			
要支援１	9,083 円	909 円	1,817 円	2,725 円	9,368 円	937 円	1,874 円	2,811 円
要支援２	10,138 円	1,014 円	2,028 円	3,042 円	10,455 円	1,046 円	2,091 円	3,137 円

② 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。利用者負担額は介護保険負担割合証に記載された割合の額です。

ア　サービスの実施による加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額		
			1割の額	2割の額	3割の額
入浴介助加算（Ⅰ）	利用者の入浴介助を行った場合	1日につき ４２２円	４３円	８５円	１２７円

イ　加算の基準に適合しているものと市に届け出ている加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額		
			1割の額	2割の額	3割の額
科学的介護推進体制加算	各種データを厚労省へ提出している場合	1月につき ４２２円	４３円	８５円	１２７円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	加算の体制・人材要件を満たす場合	1日につき ２３２円	２４円	４７円	７０円
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	介護職員の賃金の改善等を実施し、加算のキャリアパス要件と定量的要件を満たす場合		1月につき　基本利用料に各種加算を加えた総額の１８．５％		

（2）地域区分別1単位の額

地域区分別（5級地）の1単位の額は１０．５５円です。

（3）その他の費用

① 送迎に係る費用は、通常の事業所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は、送迎に要する費用の実費をご負担していただきます。

通常の事業の実施地域を越えた地点から、1キロメートル当たり５０円となります。

② 昼食費　1食あたり　７６０円（全額自己負担）

③ タオルレンタル代　1回の入浴に1セット（大タオル2枚、小タオル1枚）１２０円となります。利用希望者及び入浴時にタオルを忘れた方はご負担していただきます。

④ おむつ代、レクリエーションに係る費用は、自己負担となります。

⑤ 利用者の希望により提供する日常生活上必要な費用として、実費をご負担していただきます。

⑤ 連絡帳袋代は、1枚あたり　１１０円です。

⑥ サービス提供記録の複写分の交付に要する費用として実費をご負担していただきます。

（4）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。

ご利用日の前営業日１７時までにご連絡いただいた場合	無　料
ご利用日の前営業日１７時までにご連絡がなかった場合	ご利用日当日分の昼食費

（5）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、体調が思わしくない場合、サービス内容の変更または中止を行うことがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。

③ 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、ご家族に連絡のうえ、適切に対応するとともに、必要な措置を講じます。

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

① 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。

② 請求書は、利用日の翌月の１０日以降に利用者あてにお届けします。

（2）支払い方法等

① 請求を受けた日から２０日以内に、下記のいずれかの方法でお支払いください。

ア　事業所窓口での現金払い

イ　事業者が指定する口座への振込み

ウ　利用者が指定する口座からの自動振替

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。

6　秘密の保持

（1）従業者に業務上知り得た利用者又は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）利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議

等で利用者の家族の個人情報を用いません。
（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　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、第１号介護予防支援事業を行う者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保　険　名	介護保険・社会福祉事業者総合保険

8　緊急時の対応

サービス提供時に利用者に病状の急変その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当を行うとともに、速やかに主治の医師に連絡し、適切な処置を行います

9　非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

１０　虐待の防止

当施設は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（1）虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	

（2）虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従事者に周知徹底を図っています。

（3）虐待の防止のための指針を整備しています。

（4）従事者に対して、虐待の防止のための研修を定期的に実施しています。

（5）サービス提供中に、当事業所従事者又は養護者（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、速やかに、これを市町村に通報します。

１１　業務継続計画の策定

当施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する事業を継続的に実施及び、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し当該業務継続計画に従い次の措置を講じます。

（1）従事者に対し業務継続計画について周知し、必要な研修及び訓練を定期的に実施しています。

（2）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っています。

１２　衛生管理

当施設は、利用者の使用する施設、食器その他の設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

また、感染症が発生又はまん延しないように次の措置を講じます。

（1）感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従事者に周知徹底を図っています。

（2）感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

（3）感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施しています。

１３　カスタマーハラスメント

当施設は、安心してサービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保するため利用者またはご家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。具体的には、次のような行為が該当することがあります。

・そもそも要求に理由がない又はサービス等と全く関係のない要求
・契約等により想定しているサービスを著しく超える要求
・対応が著しく困難な又は対応が不可能な要求

・不当な損害賠償要求
・身体的な攻撃（暴行、傷害等）
・精神的な攻撃（脅迫、中傷、名誉棄損、侮辱、暴言、土下座の強要等）
・威圧的な言動
・継続的、執拗な言動
・拘束的な言動（不退去、居座り、監禁）

これらの行為が認められた場合には、サービスの提供の中止を含めたサービスの提供方法の見直しについてご相談させていただくことがあります。

なお、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

１４　提供するサービスの第三者評価の実施状況

評価の実施状況	１　あり	実施日	年　　月　　日
		評価機関名称	
		結果の開示	１　あり　　２　なし
	②　なし		

１５　サービス提供に関する相談、苦情

（1）苦情処理の体制

①　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　相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制は以下のとおりです。

（2）苦情相談窓口

担 当 者	生活相談員　熊田　寛子
電話番号	０４８－２６４－３５０１
受 付 日	月曜日から金曜日まで（１２月２９日から翌年１月３日までを除く。）
受付時間	午前８時３０分から午後５時１５分まで

（3）第三者委員（福祉サービスの苦情解決制度）

当施設では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員（福祉サービス調整委員）として選任し、地域住民の立場から当施設のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、当施設への苦情やご意見を第三者委員（福祉サービス調整委員）に相談することもできます。

名　　前	経　　歴	連絡先
菅原（すがわら）　啓高（ひろたか）	・弁護士	【事務所】 ０４８－２４０－０７２５
田原（たはら）　浩之（ひろゆき）	・川口市民生委員児童委員協議会理事 ・中央地区民生委員児童委員協議会　会長	０４８－２２２－４１２３
笠原（かさはら）　博（ひろし）	・川口地区保護司会副会長	０４８－２６６－１８８３

第三者委員（福祉サービスの苦情解決制度）を利用するには施設の担当者または本部事務局へご相談ください。始めに、苦情受付担当者が相談に応じます。

直接言いづらい、解決されないなど、施設と利用者との話合いで解決できない問題について、この制度の利用を希望する場合、職員にその旨をお伝えいただくか、本部事務局へご相談ください。施設の担当者または本部事務局から第三者委員（福祉サービス調整委員）へ連絡・調整をして、解決を図ります。

本部事務局	所 在 地　　川口市大字赤井１０５５番地 電話番号　　０４８－２２９－３３８７

（4）行政機関その他苦情受付機関

川口市福祉部 介護保険課	所 在 地　　川口市青木２－１－１ 電話番号　　０４８－２５８－１１１０ 電話受付時間　　午前８時３０分から午後５時１５分 受 付 日　　月曜日から金曜日（国民の祝日・休日、１２月２９日から翌年１月３日までを除く。） 窓口受付時間　　午前９時００分から午後４時３０分
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　　さいたま市中央区大字下落合１７０４番 電話番号　　０４８－８２４－２５６８ 受 付 日　　月曜日から金曜日（国民の祝日・休日、１２月２９日から翌年１月３日までを除く。） 受付時間　　午前８時３０分から正午　　午後１時から午後５時

令和　　年　　月　　日

第１号通所事業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き重要な事項を説明しました。

事業者　所 在 地　川口市大字赤井１０５５番地
事業者名　社会福祉法人川口市社会福祉事業団
説 明 者　所　属　川口市認知症対応型通所介護事業所「芝れんげそう」
氏　名　熊　田　寛　子　印

私は、契約書及び本書面により事業者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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（代理人）　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印