

通所介護重要事項説明書

デイサービスセンターガイア

(令和7年8月1日現在)

通所介護重要事項説明書

(令和7年8月1日現在)

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話番号 0495-71-9744

受付日 月曜日～土曜日（ただし、12月31日～1月2日までを除く）

受付時間 午前9時00分～午後5時00分

担 当 茂木 達也 ・ 澤村 亮子 ・ 竹内 ゆう子

2. デイサービスセンターガイアの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	デイサービスセンターガイア
所在地	埼玉県児玉郡神川町八日市64-7
介護保険指定番号	通所介護 (埼玉県 1174200772号)
通常の事業の実施地域	本庄市、上里町、神川町、美里町、藤岡市

* 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		生活上の相談等	3名
機能訓練指導員		2名		2名
事務職員				
看 護	看護師	1名		1名
	准看護師	2名		2名
介 護 職 員	社会福祉士			
	介護福祉士	2名	1名	3名
	1～2級修了者			
	実務者研修修了者			
	初任者研修修了者	1名		1名
	その他	2名		2名

(3) 同センターの設備の概要

定員	25名	静養室	1室
デイルーム兼機能 訓練室	1室	相談室	1室
浴室	一般浴槽	送迎車	1台以上

(4) 営業時間

月～土	午前8：30～午後5：30 (サービス提供時間 午前9：00～午後4：30)
日曜日	定休日

* 緊急連絡先 0495-71-9744

* 12月31日～1月2日までは休業します。

3. サービス内容

通所介護計画に沿って、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。

4. 料金

(1) 利用料金

① ☐ デイサービス利用料 (通常規模型 7時間以上8時間未満：1割負担の場合)

	1日あたりの利用料金	1日あたりの自己負担額
要介護1	6,580円	658円
要介護2	7,770円	777円
要介護3	9,000円	900円
要介護4	10,230円	1,023円
要介護5	11,480円	1,148円

地域区分別1単位の単価：10円

☐ デイサービス利用料 (通常規模型 7時間以上8時間未満：2割負担の場合)

	1日あたりの利用料金	1日あたりの自己負担額
要介護1	6,580円	1,316円
要介護2	7,770円	1,554円
要介護3	9,000円	1,800円
要介護4	10,230円	2,046円
要介護5	11,480円	2,296円

地域区分別1単位の単価：10円

☐ デイサービス利用料 (通常規模型 7時間以上8時間未満：3割負担の場合)

	1日あたりの利用料金	1日あたりの自己負担額
要介護1	6,580円	1,974円
要介護2	7,770円	2,331円
要介護3	9,000円	2,700円
要介護4	10,230円	3,069円
要介護5	11,480円	3,444円

地域区分別1単位の単価：10円

*他、営業時間内の所要時間区分(サービス提供時間区分)に基づき算定いたします。

②入浴介助加算（Ⅰ）

- 1 割負担の場合：入浴 1 回あたり 4 0 0 円。介護保険適用時の自己負担額は 4 0 円。
- 2 割負担の場合：入浴 1 回あたり 4 0 0 円。介護保険適用時の自己負担額は 8 0 円。
- 3 割負担の場合：入浴 1 回あたり 4 0 0 円。介護保険適用時の自己負担額は 1 2 0 円。

③介護職員等处遇改善加算（Ⅱ）

全ての利用者負担額に 9. 0 % を乗じた金額になります。

④通常の事業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 5 km 毎に 5 0 円。（全額自己負担）

⑤昼食代 3 5 0 円（おやつ代込み）。（全額自己負担）

⑥その他 上記の他、おむつ代（当事業所のおむつ使用時 1 枚 1 8 0 円）、 レクリエーション（内容が希望制の場合）にかかる費用は自己負担になります。

（2）キャンセル料

お客様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利用日の当日午前 9 時までにご連絡いただけた場合	利用料金の 10%
③利用日の当日午前 9 時までにご連絡がなかった場合	利用料金の 25%

* ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

（3）支払方法

毎月、1 0 日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払いください。
お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払方法は、（ 現金 ・ 振込 ）
の中からご契約の際に選べます。

5. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まず、お電話でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。
契約を結び、通所介護計画書を作成し、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）サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

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下さい。

② 当社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 1 ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）・要支援と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合もしくは被保険者資格を喪失した場合

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、お客様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、または当社が破産した場合、お客様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。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、お客様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、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたって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、またはお客様やご家族などが当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続し難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場合がございます。

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供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、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

ご家族	氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医	氏名	
	連絡先	

7. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対応し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して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。ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれている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は減じられます。

8. 非常災害対策

非常災害の発生に備え、避難経路及び協力機関等との連携方法を策定し、定期的に避難誘導訓練を実施します。

9. 苦情等の窓口

①通所介護に関する相談・要望・苦情等は、下記窓口までお申し出ください。

サービス相談窓口

電話番号 : 0495-71-9744

担当者 : 管理者 茂木 達也 生活相談員 澤村 亮子 ・ 竹内 ゆう子

(受付時間 9:00～17:00)

②その他

弊社以外に、市町村及び埼玉県国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口で苦情を伝えることができます。

- ・本庄市役所介護保険課 0495-25-1722
- ・上里町役場高齢者いきいき課 0495-35-1243
- ・神川町役場保険健康課 0495-77-2113
- ・美里町役場介護福祉課介護高齢者係 0495-76-5132
- ・藤岡市役所健康福祉部介護保険課 0274-40-2292
- ・埼玉県国民健康保険団体連合会介護福祉課苦情相談係 048-824-2568
- ・群馬県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情処理相談窓口 027-290-1323

10. 第三者評価の実施状況

実施なし

通所介護の提供開始にあたり、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

事業者

所在地 群馬県藤岡市立石 850 番地
名 称 有限会社ガイア

事業所

所在地 埼玉県児玉郡神川町八日市 6 4 - 7
名 称 デイサービスセンターガイア
 (埼玉県 1 1 7 4 2 0 0 7 7 2 号)

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についての重要な事項の説明を受け、同意し受領しました。

利用者 住所

氏名

印（自署印不要）

代理人 住所

氏名

印

利用者は、身体状況により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わりその署名を代筆しました。

署名代筆者 住所

氏名

（関係：

印
）