

デイサービスセンターあしたの風

第1号通所事業 通所介護 重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンター あしたの風
所在地	〒239-0835 横須賀市佐原3-4-22
介護保険事業所番号	1471901999 大規模(1):定員 40 名
管理者及び連絡先	日高 真由美 電話 046-837-8961
サービス提供地域	横須賀市全域

2 事業所の職員体制 令和 7 年 9 月 1 日 現在

管理者	1 名
サービス担当職員	15 名以上 (常勤 5 名以上 非常勤 # 名以上)
職種	生活相談員(介護職員兼務) 3名 看護職員 2名以上 介護職員 9名以上

3 サービスの提供日・時間・避難訓練の実施

平日(祝祭日含む)	9:00 ~ 16:00 提供時間 7 時間以上 8 時間未満
定休日	日 年末年始(12月31日~1月2日)

※ 消防計画等を立て、年2回サービス提供時間中に避難訓練を企画実施します。

※ 営業時間は8:30から18:00でを基本とします。

4 送迎

原則は自宅玄関までの対応となりますが、その他につきましては別途ご相談下さい。又、道路事情により、送迎が遅れることや提供時間帯が若干ずれることもあります。

※ 施設車両以外の車で送迎した場合、減算対象となります。 -47 単位/回

5 サービス利用料及び利用者様負担金

- (1) 介護報酬に係わる利用者様ご負担金額表(目安)・実費負担分等は別紙にあります。
- (2) 利用者様の希望により、定められた「居宅介護計画」を越えての利用に関しては、自己負担が発生し、自費の契約が必要となります。
- (3) 保険料の滞納等の場合は法廷代理受領以外の償還払いとなり、介護報酬の全額自己負担となります。
(後日、ご自身で国保連へ負担割合に応じた還付の請求をします。)
- (4) 利用者様負担金は、毎月27日にご指定の金融機関の口座から引き落とします。
または、一定の条件を満たされる方のみ毎回現金でお支払いいただきます。
- (5) 利用者が、サービス利用料金の支払いを2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払いがない場合、文書で通知することにより、直ちにサービスを終了する場合があります。

6 サービスの中止(キャンセル)

- ※ 連絡先 電話番号 046-837-8961 受付時間 8:30 ~ 18:00 担当: 日高 真由美
- (1) 利用者様がサービスの利用を中止する際には、すみやかに下記の連絡先にご連絡下さい。
 - (2) 利用者様の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡下さい。
前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料金を申し受ける事もありますので、ご了承下さい。
(ただし、利用者様の体調の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合はキャンセル料金は不要です。)
 - (3) 利用日当日の9:00以降にご連絡をいただいた場合は、食材料費の実費950円については、申し受ける場合がございますので、ご了承ください。

時 期	サービス利用日の前々日	サービス利用日の前日	サービス利用日の当日
キャンセル料金	無料	利用負担金の 50%	利用負担金の100%

※ キャンセル料金は利用者負担金の支払いに併せてお支払いいただきます。

7 当法人・施設のサービスの方針

- (1) 自分として、自分を生きる。 (出来る限り自立し、自由な気持ちで、本来の自分の生活をする)
- (2) 共に生きる。 (家族や隣近所の人達、地域の人々と共に支え合える生活をする)
- (3) より良い明日を生きる。 (今日より明日のより良い自分を目指して、日々充実した生活をする)

8 事故発生時の対応

- (1) 事故が発生した場合は、ご家族に報告すると共に適切、且つ誠実な対応を行います。
また、直ちに事故に至った経緯および対応を調査し事実を正確に把握します。
- (2) 発生した事故は再発防止に努め、対策と予防措置を委員会にて検討研修し早期に実施します。

9 緊急時の対応

当事業所のサービス提供にあたり、けがや体調の急変等の事態が発生し
利用者の生命・身体・健康に危険またはその恐れがあるときは、直ちに医師および
家族に連絡して必要な措置を講じます。
緊急事態が発生に至った経緯および対応を速やかに精査し、正確な状況把握に努めます。

10 非常災害対策

- (1) 年2回の非常災害時を想定した避難訓練・災害招集訓練を計画的に実施する
とともに、日頃から設備や備品の点検等を行い非常災害時に備えています。
- (2) 消火器・火災報知設備、避難器具を設置しています。

11 秘密の保持

従業者は業務上知り得た秘密を漏らしません。また、退職後もこれを守秘します。

12 記録の保管

- (1) 利用者への通所介護サービス提供の記録は、5年間保管し、本人および家族の申し出があった場合に限り、
本人の記録の閲覧ができます。また、記録の写しの交付を希望する場合は、郵送料など実費相当を負担
することにより、請求することができます。

13 衛生管理

- (1) 当事業所の食器その他の設備又は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。
- (2) 指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を
求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

14 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合には、市、家族、緊急連絡先、担当の居宅介護支援事業所
管理者に連絡をし必要な措置を講じます。
- (2) 事故報告書にて職員周知を行い、事故の原因を解明し、事故防止マニュアルの整備や研修を開催
するなど事故防止に努めます。
- (3) 事故の状況及び採った措置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を
速やかに行います。
- (4) 必要に応じて保険者、県等の指導助言を仰ぎます。

15 身体的拘束等の禁止

- (1) 当事業者は、サービス提供に当たり身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を
原則行いません。但し、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない
場合は、この限りではないものとします。
- (2) 前項ただし書きの規定に基づき、身体的拘束等の行為を行った場合には、事業者は、
直ちにその日時、対応、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由、その他
必要な事項について、サービス提供記録等に記録します。

16 業務継続計画の策定等

- (1) 自然災害の発生時において、業務を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の再開を図るための
計画を策定し、当該業務継続計画に従い災害時に備える為、従業員に周知するとともに、必要な研修、
訓練を実施します。災害発生時は、ご家族または、関係者の方にお引き渡しとなります。によりは、休業
ライフラインの状況により縮小また休業の措置を行うこともあり得ますが業務継続に努めます。
3 事業所は、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うものとする。
- (2) 感染症の発生の状況により、業務を継続的に実施するため、まん延防止に努め、定期的に研修を実施します。
業務継続計画を策定し安全に提供行えるよう努めます。

17 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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。

虐待防止に関する窓口

事業所 デイサービスセンター あしたの風	電話番号 046-837-8961
担当者 日高 真由美	FAX番号 046-837-8960

対応時間は、月曜日から土曜日9:00～18:00です。 年末年始(12月31日～1月2日)を除く。

横須賀市役所においても、申し出等ができます。

横須賀市 福祉部地域福祉課	電話番号 046-822-9613
	FAX番号 046-827-8158

対応時間は、平日8:30～17:00です。横須賀市以外の方は、当該市町村介護保険担当窓口へ申し出下さい。

※各地域支援包括センターにおいても相談受付てます。

18 ハラスメントの防止対策

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
 - (2) 個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) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討する。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施する。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

19 相談窓口及び苦情対応

- ・ サービスに関する相談や苦情については、下記の窓口で対応いたします。

事業所 デイサービスセンター あしたの風	電話番号 046-837-8961
担当者 日高 真由美	FAX番号 046-837-8960

対応時間は、月曜日から土曜日9:00～18:00です。 年末年始(12月31日～1月2日)を除く。

- ・ 横須賀市役所においても、苦情の申し出等ができます。

横須賀市 福祉部介護保険課	電話番号 046-822-8253
	FAX番号 046-827-8845

対応時間は、平日8:30～17:00です。横須賀市以外の方は、当該市町村介護保険担当窓口へ申し出下さい。

- ・ 神奈川県国民保険団体連合会(国保連)にも、苦情の申し出ができます。

神奈川県国民保険団体連合会 苦情相談課	電話番号 045-329-3447
---------------------	-------------------

対応時間は、平日8:30～15:15です。

20 当法人・事業所の概要

名称	有限会社 道		
代表者	取締役 高梨 明美		
法人所在地	横須賀市須軽谷字天王谷967番地		
電話・FAX	電話 046-858-1700	FAX 046-858-1720	
名称	デイサービスセンター あしたの風 指定番号1471901999		
管理者	日高 真由美		
施設所在地	横須賀市佐原3-4-22		
電話・FAX	電話 046-837-8961	FAX 046-837-8960	
事業所概要	・ 居宅介護支援事業所 あしたの風 ・ ホームヘルパーステーション あしたの風 ・ グループホーム あしたの風 ・ グループホーム 古街の家 ・ グループハウス 森の里		

21 提供する第三者評価の実施状況 実施の有無 ☐ 有 ☒ 無

上記の内容を証とするため、本書を2通発行し、利用者・事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

上記のとおり説明いたしました。

(事業者) 横須賀市佐原3-4-22
有限会社 道
デイサービスセンター あしたの風

令和 年 月 日

説明者 _____

私は、事業者から通所介護又は予防通所介護についての重要事項の説明を受け同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

(利用者様) 住 所 _____
氏 名 _____

(家族等代理人様) 住 所 _____

(続柄 :) 氏 名 _____

(立会人様) 住 所 _____
氏 名 _____

【別紙】
1 ご利用料金

令和 7 年 9 月 1 日 改定
横須賀市 4等級地 10.54

項 目	区 分	介護報酬	ご利用者様負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
基本サービス費 第1号通所事業所 大規模型 通所介護（Ⅰ）	要支援1 事業対象者 （週1回程度）	月4回以下の場合 436 単位/回	460 円	919 円	1,379 円
		月5回以上の場合 1,798 単位/月	1,895 円	3,790 円	5,685 円
	要支援2 事業対象者 （週2回程度）	月8回以下の場合 447 単位/回	472 円	943 円	1,414 円
		月9回以上の場合 3,621 単位/月	3,817 円	7,633 円	11,450 円
	区 分	介護報酬／所要時間7時間以上8時間未満			
		基 本	1割負担	2割負担	3割負担
	要介護1	629 単位/回	663 円	1,326 円	1,989 円
	要介護2	744 単位/回	785 円	1,569 円	2,353 円
	要介護3	861 単位/回	908 円	1,815 円	2,723 円
	要介護4	980 単位/回	1,033 円	2,066 円	3,099 円
	要介護5	1,097 単位/回	1,157 円	2,313 円	3,469 円
	区 分	介護報酬／所要時間6時間以上7時間未満			
		基 本	1割負担	2割負担	3割負担
	要介護1	564 単位/回	595 円	1,189 円	1,784 円
	要介護2	667 単位/回	703 円	1,406 円	2,109 円
	要介護3	770 単位/回	812 円	1,623 円	2,435 円
	要介護4	871 単位/回	918 円	1,836 円	2,754 円
	要介護5	974 単位/回	1,027 円	2,053 円	3,080 円
	区 分	介護報酬／所要時間5時間以上6時間未満			
		基 本	1割負担	2割負担	3割負担
	要介護1	544 単位/回	574 円	1,147 円	1,720 円
	要介護2	643 単位/回	678 円	1,356 円	2,034 円
	要介護3	743 単位/回	784 円	1,567 円	2,350 円
	要介護4	840 単位/回	886 円	1,771 円	2,656 円
	要介護5	940 単位/回	991 円	1,982 円	2,973 円

減算	送迎減算	事業対象者 要支援1～2	-47 単位/回	-50 円	-99 円	-149 円
		要介護1～5	説明 事業所が送迎を行わない場合に限り、片道より減算の適応となります。			

当事業所の料金内訳

- 要支援・事業対象者／月 ※要支援1・事業対象者(週1回)は月5回以上、要支援2・事業対象者(週2回)は月9回以上
(基本+各加算) + (基本サービス費に各種加算・減算を加わえた総単位数の9.2%) × 10.54 + (食材料費 × 利用回数)
- 要支援・事業対象者／回 ※要支援1・事業対象者(週1回)は月4回以下、要支援2・事業対象者(週2回)は月8回以下
[(基本) × 利用回数] + (各加算) + (基本サービス費に各種加算・減算を加わえた総単位数の9.2%) × 10.54 + (食材料費 × 利用回数)
- 要介護／回
[(基本) × 利用回数] + (各加算) + (基本サービス費に各種加算・減算を加わえた総単位数の9.2%) × 10.54 + (食材料費 × 利用回数)

自己負担額の計算式

[介護サービス費 × 10.54(地域の単位) - 介護保険給付費(9割または8割または7割)] + (食材料費 × 利用回数) = 自己負担額
(計算式の説明) 介護サービス費は日本全国統一の単位で決められております。それに地域の単価(横須賀市の場合4級地とされており10.54)を乗じて介護保険給付額(介護保険からの負担額)を引いた額が自己負担額です。
※料金の計算過程における端数処理により、実際の請求額が上記金額と若干異なる場合があります。

2 ご料金表 加算

加算名	区 分	基本単位	ご利用者様負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供 体制強化加算 Ⅱ	要支援1 事業対象者(週1回)	72 単位/月	76 円	152 円	228 円
	要支援2 事業対象者(週2回)	144 単位/月	152 円	304 円	456 円
	要介護1～5	18 単位/回	19 円	38 円	57 円
	説明	通所介護事業所の介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上の場合、加算対象となります。			
認知症加算	要介護1～5	60 単位/回	64 円	127 円	190 円
	説明	認知症生活自立度Ⅲ以上の方を対象に、認知症専門資格取得の職員を配置し、研修等を行い認知症の症状緩和に繋がるケアを提供します。前3月間の利用総数のうちⅢ以上の方が100分の15以上であることとなります。			
口腔機能向上 加算	要支援・事業対象者	150 単位/回	159 円	317 円	475 円
	要介護1～5	150 単位/回	159 円	317 円	475 円
	説明	看護職員を中心として、口腔機能の低下を防ぎ維持、改善のためのサービスです。計画書を作成・実施し、評価や情報提供を行います。(月2回まで)			
介護職員等 処遇改善加算 【Ⅰ】	要支援・事業対象者	基本サービス費に各種加算・減算を加わえた総単位数に9.2%を乗ずる。 (計算式に介護職員等特定処遇改善加算は含まれません)			
	要介護1～5				
	説明	介護福祉士を基本としてその他の介護職員、その他の職種が現場での業務を勘案し支給されます。賃金改善に充てることが目的です。			
入浴介助加算 【Ⅰ】	要介護1～5	40 単位/回	43 円	85 円	127 円
	説明	全身浴(全身シャワー浴含む)を行った場合のみ加算対象となります。			

3 運営基準に定められたその他の費用

項 目	金 額	説 明
食材料費	950円	昼食とおやつと飲み物のご料金です。
紙パンツ	M150円	ご持参いただいた場合は、そちらを優先します。失禁時、急な必要は事業所で判断させていただきます。
	L160円	
尿とりパット	20円	失禁傾向の方が使用します。
教養娯楽費	実費	利用者の希望による行事等の費用です。
交通費	実費	通常のサービス提供地域を越えた地点から1Kmあたり20円徴収します。 1Kmに満たない距離について生じる端数(小数点以下)は切り捨てます。

4 上記以外の費用

項 目	金 額	説 明
連絡帳	カバー150円	初回のみカバー代と帳面代で370円、次回より帳面代220円となります。
	帳面220円	
ネームプレート	1個210円	持参して頂く、お抱へつけて頂き来園下さい。
介護記録等の写し	1枚10円	利用者の求めに応じて介護記録等の写しを必要な際。

5 通常のサービス提供を超える費用(利用者負担10割分)

項 目	金 額	説 明
介護保険外 サービス	介護報酬の告示上の額と同額。	区分支給限度額を超えてサービスを利用したい場合など、介護保険枠外サービス料金通常利用時間を超えての費用。

※上記の料金は介護保険関連の法令に基づき定められた料金です。法令が改正になった場合は法令に従い変更させていただきます。