令和８年６月現在

事業所控

「指定通所介護」事業所
デイサービス　小川
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています

当事業所はご利用者に対して指定通所介護サービスを提供します。当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明致します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果、「要介護 」「要支援」と認定された方が対象となります。

目次

１．事業者 ……１
２．事業所の概要 ……１
３．職員の配置状況 ……１
４．当事業所が提供するサービスと利用料 ……２
５．緊急時の対応 ……３
６．事故発生時の対応 ……３
７．非常災害対策 ……４
８．苦情の受付について ……４

１．事業者

（1）事業主体　　有限会社ポラリス
（2）所在地　　長崎県諫早市有喜町１９９番地
（3）電話番号　　０９５７-２８-６３３０
（4）代表者名　　草野　太成
（5）設立年月日　　平成 １６年 １０月 １２日

２．事業所の概要

（1）事業所の種類　　指定通所介護事業所　　指定介護予防通所介護　第１号通所事業
（2）事業所の目的　　当事業所は、介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営む事が出来るように支援することを目的として、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、通所介護サービスを提供します。
（3）事業所の名称　　デイサービス　小川
（4）事業所の所在地　　長崎県諫早市小川町５９５番地３５
（5）電話番号　　０９５７-２１-１８１０
（6）管理者氏名　　山村　きよみ
（7）当事業所の運営方針　良好な環境の中で自己決定に基づく日常生活の介護、リハビリ、生活指導を通じ、明るく・楽しく、ご利用者が安心して暮らせる施設作りをする。
（8）開設年月日　　平成２３年４月１日
（9）通常の事業の実施地域　諫早市、雲仙市（愛野町）とする。
(10) 営業日及び営業時間

営業時間	月～金　　０８：１５～１７：１５
ｻｰﾋﾞｽ提供時間	月～金　　０８：４５～１６：３０
休業日	土曜日・日曜日・１２／３１～１／３

(11) 利用定員　　３０名

３．職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種職員を配置しています。

【主な職員の配置状況】

職　種	従業者	指定基準
１．管理者	１名　常　勤(生活相談員兼務)	１名
２．生活相談員	３名　常勤２名(管理者兼務１名介護職員兼務１名) 非常勤１名(介護職員兼務)	１名
３．介護職員	１０名　常　勤４名（うち生活相談員兼務１名） 非常勤６名(うち生活相談員兼務１名) （うち看護職員及び機能訓練指導員兼務２名)	４名
４．看護職員	５名　常　勤１名(機能訓練指導員兼務) 非常勤２名(機能訓練指導員兼務) 非常勤２名（機能訓練指導員及び介護職員兼務)	１名
５．機能訓練指導員	５名　常　勤１名(看護職員兼務) 非常勤２名(看護職員兼務) 非常勤２名（看護職員及び介護職員兼務)	１名

【主な職種の勤務体制】

職　種	勤　務　体　制
１．介護職員	勤務時間　　８：１５～１７：１５
２．機能訓練指導員	勤務時間　　８：１５～１７：１５

４．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

（１）　利用料金が介護保険から給付される場合
（２）　利用料金の全額をご利用者に負担していただく場合

があります。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第５条参照）

【サービスの概要】

① 食事　　・ご利用者の自立支援のためなるべく自力にて食事摂取を促しています。
　　自力にて摂取出来ない方は介助を行なっています。
　　（食事時間）　　１２：００～１３：００

② 入浴　　・入浴又はシャワー浴を行ないます。

③ 排泄　　・ご利用者の排泄の介助を行います。

④ 機能訓練　・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を
　　送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送迎　　・介助のできる運転手が１名以上で行います。

＜サービス利用料＞（契約書第１０条参照）

提供するサービスの利用料、介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担額（1割負担、2割負担、3割負担の場合）は下記の通りです。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用、また、何らかの理由にて介護保険の給付を受けられない方については全額自己負担となります。

【基本利用料金（要介護１～５）】

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護　１					
基本利用料	3,700円/日	3,880円/日	5,700円/日	5,840円/日	6,580円/日
利用者負担額 (1割負担の場合)	370円/日	388円/日	570円/日	584円/日	658円/日
利用者負担額 (2割負担の場合)	740円/日	776円/日	1,140円/日	1,168円/日	1,316円/日
利用者負担額 (3割負担の場合)	1,110円/日	1,164円/日	1,710円/日	1,752円/日	1,974円/日

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護　2					
基本利用料	4,230円/日	4,440円/日	6,730円/日	6,890円/日	7,770円/日
利用者負担額 (1割負担の場合)	423円/日	444円/日	673円/日	689円/日	777円/日
利用者負担額 (2割負担の場合)	846円/日	888円/日	1,346円/日	1,378円/日	1,554円/日
利用者負担額 (3割負担の場合)	1,269円/日	1,332円/日	2,019円/日	2,067円/日	2,331円/日
要介護　3					
基本利用料	4,790円/日	5,020円/日	7,770円/日	7,960円/日	9,000円/日
利用者負担額 (1割負担の場合)	479円/日	502円/日	777円/日	796円/日	900円/日
利用者負担額 (2割負担の場合)	958円/日	1,004円/日	1,554円/日	1,592円/日	1,800円/日
利用者負担額 (3割負担の場合)	1,437円/日	1,506円/日	2,331円/日	2,388円/日	2,700円/日
要介護　4					
基本利用料	5,330円/日	5,600円/日	8,800円/日	9,010円/日	10,230円/日
利用者負担額 (1割負担の場合)	533円/日	560円/日	880円/日	901円/日	1,023円/日
利用者負担額 (2割負担の場合)	1,066円/日	1,120円/日	1,760円/日	1,802円/日	2,046円/日
利用者負担額 (3割負担の場合)	1,599円/日	1,680円/日	2,640円/日	2,703円/日	3,069円/日
要介護　5					
基本利用料	5,880円/日	6,170円/日	9,840円/日	10,080円/日	11,480円/日
利用者負担額 (1割負担の場合)	588円/日	617円/日	984円/日	1,008円/日	1,148円/日
利用者負担額 (2割負担の場合)	1,176円/日	1,234円/日	1,968円/日	2,016円/日	2,296円/日
利用者負担額 (3割負担の場合)	1,764円/日	1,851円/日	2,952円/日	3,024円/日	3,444円/日

※上記料金表の基本利用料は送迎を含めた金額です。サービスの利用料金はご利用者の介護度、利用時間に応じて異なります。

【各種加算・減算（要介護１～５）】

項目		利用料	利用者負担額 (1 割負担の場合)	利用者負担額 (2 割負担の場合)	利用者負担額 (3 割負担の場合)
入浴介助加算（Ⅰ）	入浴を希望され、入浴を実施した場合に加算されます。	400 円/日	40 円/日	80 円/日	120 円/日
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供を行った場合に加算されます。	560 円/日	56 円/日	112 円/日	168 円/日
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ		760 円/日	76 円/日	152 円/日	228 円/日
個別機能訓練加算（Ⅱ）		200 円/月	20 円/月	40 円/月	80 円/月
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合に加算されます。	1,000 円/月	100 円/月	200 円/月	300 円/月
生活機能向上連携加算（Ⅱ）		2,000 円/月	200 円/月	400 円/月	600 円/月
サービス提供体制強化加算	介護福祉士や勤続年数、常勤職員の占める割合が厚生労働大臣の定める基準に適合する場合に加算Ⅰ～Ⅲのいずれかが１日につき加算されます。	加算Ⅰの場合 220 円/日	22 円/日	44 円/日	66 円/日
		加算Ⅱの場合 180 円/日	18 円/日	36 円/日	54 円/日
		加算Ⅲの場合 60 円/日	6 円/日	12 円/日	18 円/日

項目	内容
同一建物減算	事業所と同一建物から利用される方は、基本利用料から 940 円減算されます。
送迎減算	ご利用者が自ら通う場合及び家族が送迎を行う場合等の、事業所が送迎を実施しない場合は基本利用料から 470 円（片道）減算されます。

【処遇改善に関わる加算（要介護１～５）】

項目	内容
介護職員等処遇改善加算	厚生労働大臣が定める基準に適合する場合、基本利用料と各種加算減算の合計に、下記の加算Ⅰ～Ⅳのいずれかが加算されます。 処遇改善加算Ⅰイの場合１１．１％　処遇改善加算Ⅰロの場合１２．０％ 処遇改善加算Ⅱイの場合１０．９％　処遇改善加算Ⅱロの場合１１．８％ 処遇改善加算Ⅲの場合９．９％　処遇改善加算Ⅳの場合８．３％

【基本利用料金（要支援１・２、総合事業対象者）】

項目		基本利用料	利用者負担額 (1割負担の場合)	利用者負担額 (2割負担の場合)	利用者負担額 (3割負担の場合)
通所型独自サービス（Ⅰ）	週１回程度 （事業対象者：要支援１・２）	17,980 円/月 （1か月あたり）	1,798 円/月	3,596 円/月	5,394 円/月
通所型独自サービス（Ⅱ）	週２回程度 （事業対象者：要支援２）	36,210 円/月 （1か月あたり）	3,621 円/月	7,242 円/月	10,863 円/月
通所型独自サービス（Ⅲ）短時間サービス	週１回程度 （事業対象者：要支援１・２）	12,590 円/月 （1か月あたり）	1,259 円/月	2,518 円/月	3,777 円/月
	週１回程度 （事業対象者：要支援１・２） ※1月の中で全部で4回までのサービスを行った場合	3,050 円/回 （1回あたり）	305 円/回	610 円/回	915 円/回
通所型独自サービス（Ⅳ）短時間サービス	週２回程度 （事業対象者：要支援２）	25,350 円/月 （1か月あたり）	2,535 円/月	5,070 円/月	7,605 円/月
	週２回程度 （事業対象者：要支援２） ※1月の中で全部で8回までのサービスを行った場合	3,130 円/回 （1回あたり）	313 円/回	626 円/回	939 円/回

【各種加算・減算（要支援１・２、総合事業対象者）】

項目		利用料	利用者負担額 (1割負担の場合)	利用者負担額 (2割負担の場合)	利用者負担額 (3割負担の場合)
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	週１回程度 （事業対象者：要支援１・２）	880 円/月	88 円/月	176 円/月	264 円/月
	週２回程度 （事業対象者：要支援２）	1,760 円/月	176 円/月	352 円/月	528 円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	週１回程度 （事業対象者：要支援１・２）	720 円/月	72 円/月	144 円/月	216 円/月
	週２回程度 （事業対象者：要支援２）	1,440 円/月	144 円/月	288 円/月	432 円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	週１回程度 （事業対象者：要支援１・２）	240 円/月	24 円/月	48 円/月	72 円/月
	週２回程度 （事業対象者：要支援２）	480 円/月	48 円/月	96 円/月	144 円/月
内容	介護福祉士や勤続年数、常勤職員の占める割合が厚生労働大臣の定める基準に適合する場合に加算Ⅰ～Ⅲのいずれかが１月につき加算されます。				

項目		利用料	利用者負担額 (1割負担の場合)	利用者負担額 (2割負担の場合)	利用者負担額 (3割負担の場合)
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合に加算されます。	1,000 円/月	100 円/月	200 円/月	300 円/月
生活機能向上連携加算（Ⅱ）		2,000 円/月	200 円/月	400 円/月	600 円/月

項目	内容
同一建物減算	事業所と同一建物から利用される方は減算されます。 週１回程度の場合は基本利用料から 3,760 円/月減算されます。 週２回程度の場合は基本利用料から 7,520 円/月減算されます。 短時間サービスの場合は基本利用料から 940 円/回減算されます。
送迎減算	ご利用者が自ら通う場合及び家族が送迎を行う場合等の、事業所が送迎を実施しない場合は基本利用料から 470 円（片道）減算されます。

【処遇改善に関わる加算（要支援１・２、総合事業対象者)】

項目	内容
介護職員等 処遇改善加算	厚生労働大臣が定める基準に適合する場合、基本利用料と各種加算減算の合計に、下記の加算Ⅰ～Ⅳのいずれかが加算されます。 処遇改善加算Ⅰイの場合１１．１％　処遇改善加算Ⅰロの場合１２．０％ 処遇改善加算Ⅱイの場合１０．９％　処遇改善加算Ⅱロの場合１１．８％ 処遇改善加算Ⅲの場合９．９％　処遇改善加算Ⅳの場合８．３％

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けてない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、負担金額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されてない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行なうために必要となる事項を記載した「サービス提供証明証」を交付します。

☆介護保険からの給付額があった場合、変更された額に合わせてご利用者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第５条、第１０条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額がご利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

② 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担していただくことが適当であるものに係る費用を負担していただきます。

利用料金：実費相当額

おむつ代は介護保険給付対象外となっていますのでご負担をお願いいたします。

利用料　：　実費

③ 食費　：１回につき４００円負担していただきます。（ｿﾌﾄ食・ﾍﾟｰｽﾄ食は別途50円徴収とする）

（3）利用料金のお支払い方法（契約書第１０条参照）

（1）、（2）の料金、費用は、サービス利用終了時に、その都度お支払い下さい。

５．緊急時の対応

通所介護従事者は、通所介護を実施中に、ご利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに家族へ連絡・主治医に連絡する措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。

ご利用者の主治医			TEL
当事業所の協力医療機関	美南の丘クリニック	諫早市小川町595-1	TEL 0957-22-3730
	西諫早病院	諫早市貝津町3015	TEL 0957-25-1150
	オーラボーテM‘S	諫早市小川町595-36	TEL 0957-46-5880

６．事故発生時の対応

（1）指定通所介護事業所は、ご利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、事故の状況及び事故に際してとった処置について、市町村、当該ご利用者のご家族、当該ご利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

（2）指定通所介護事業者は、利用に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

７．非常災害対策

非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年２回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

８．苦情の受付について

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付けています。

○ 苦情受付窓口　　管理者　　山村　きよみ　　（TEL 0957-21-1810）

○ 受付時間　　毎週月曜日 ～ 金曜日　８：１５～１７：１５

○ 苦情解決の手順は、以下の通りです。

① 相談・苦情を受け付ける。
（来社・電話・手紙・投書（ご意見用紙）・サービス利用時・その他）

② 相談対応者が記録し管理者に報告する。
※苦情に関する記録に記載する。

③ 管理者及び担当者が事実確認と原因究明を行う。

④ 事実確認後、迅速に改善策、再発防止策を立案し、関係された方に説明し了承を得て、実行する。
※苦情に関する記録に記載する。

⑤ 管理者または担当者より、代表者及び苦情処理委員会に報告する。

⑥ 苦情処理委員会に苦情に関する記録を提出し、個人情報に留意し、必要に応じて、全事業所に報告を行い、全社的に再発防止に努める。

（2）当社以外に、下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

苦情受付機関	電話
諫早市介護保険課	0957-22-1500
長崎県長寿社会課	095-895-2431
長崎県運営適正化委員会	095-842-6410

９．高齢者虐待防止について

（1）当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のために次の措置を講ずるものとします。

① 虐待を予防するための従業者に対する研修の実施

② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

③ その他虐待防止のために必要な措置。

（2）当事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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するものとします。

（3）虐待防止の責任主体を明確にするため、虐待予防責任者を配置するものとし、虐待防止責任者は、管理者とします。

１０．サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所は、第三者評価は実施していません。

令和　　年　　月　　日

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

デイサービス　小川（諫早市小川町５９５番地３５）

説明者　　山村　きよみ　　印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意し、交付を受けました。

利用者住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（　代理人　・　ご家族　・　その他　）　該当する項目に○を付けてください。

ご利用者との関係：＿＿＿＿

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印