

介護予防通所型サービス

重要事項説明書

(令和 7年 4月 1日現在)

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

- 電話 047-300-8115 (午前9時～午後5時まで)
- デイサービス担当 管理者 石正 伸享 (介護福祉士・介護支援専門員)
*ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 介護予防通所型サービスの概要

(1) 事業所の概要

| | |
|----------|----------------------------------|
| 事業者名 | 大洲デイサービスセンター |
| 所在地 | 千葉県市川市大洲1丁目18番1号 |
| 介護保険指定番号 | (介護予防) 通所介護事業所 (市川市 1270801333号) |
| 管理者名 | 石正 伸享 |

(2) 事業者の目的

介護保険法の趣旨に従い、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ことができるよう支援することを目的として、利用者に対し、介護予防通所型サービスを提供します。

(3) 開設(サービス開始)年月日

平成16年 10月 1日

(4) 通常の事業の実施地域

市川市

(5) 利用定員

月曜日から金曜日 - 25名

(6) 営業日・営業時間

| | |
|----------|-----------------------------|
| 営業日 | 月曜日から金曜日 (但し、12月30～1月3日は除く) |
| 営業時間 | 8:30～17:30 |
| サービス提供時間 | 9:15～16:30 |

(7) デイサービスセンターの概要

| 利用フロア | 設備 |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 食堂兼機能訓練室 (91. 6 m ²) | 食卓・テレビ・カラオケ リハビリ機器・筋力トレーニングマシーン |
| 浴 室 | 一般浴・リフト浴 |
| 便所・洗面所 | 男女別 |
| 静 養 室 | 介護用ベッド・吸引器 |
| 送迎車両 | 数台 |
| 相談室 | 1室 |

3. 職員配置

職員体制

| | 介護予防通所型サービス |
|-----------|-------------|
| 管 理 者 | 1 (兼務) |
| 生 活 相 談 員 | 1 以上 |
| 機能訓練指導員 | 1 以上 |
| 看 護 職 員 | 1 以上 |
| 介 護 職 員 | 3 以上 |

4. 介護予防通所型サービスの内容と利用料金・支払い方法

(1) サービス内容

1. 送迎・・・当センターの専用車輌にてご自宅から送り迎えをいたします。
2. 食事・・・高齢者の栄養バランスを考えた献立をご用意します。
3. 入浴・・・介護予防通所型サービス計画書に基づいて、入浴して頂きます。
4. 機能訓練・・・専門の機能訓練員の指導のもと機能訓練等のサービスを実施します。
5. アクティビティ・・・機能訓練を目的とした集団的レクリエーション、創作活動等のサービスを実施します。

(2) 介護予防通所型サービスの利用料金

①利用料金(単位)

(介護予防通所型サービス利用料)

| | 1日当たりの単位数 | 1ヶ月当たりの単位数 |
|------------|-----------|------------|
| 事業対象者・要支援1 | 436 | 1,798 |
| 要支援2 | 447 | 3,621 |

※1 上記単位数に施設所在地の地域加算率(市川市10.45)を乗じた額に対して、「介護保険負担割合証」に記載された割合を乗じた額が利用者負担料金になります。

※2 「事業対象者・要支援1」において、月5日以上提供の場合は、1ヶ月当たりの単位数となります。

※3 「要支援2」において、月9日以上提供の場合は、1ヶ月当たりの単位数となります

②各種加算・減算（単位数）

| 送迎未実施減算（片道） | - 4 7 | | 所定単位数 から減算 | |
|-------------------------|--|-------|---------------|--|
| 若年性認知症利用者受入加算 | 2 4 0 | | 1か月に つき | |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 1 0 0 | | | |
| 栄養アセスメント加算 | 5 0 | | | |
| 栄養改善加算 | 2 0 0 | | | |
| 口腔機能向上加算（I） | 1 5 0 | | | |
| 口腔機能向上加算（II） | 1 6 0 | | | |
| 一体的サービス提供加算 | 4 8 0 | | | |
| サービス提供体制強化加算（I） | 事業対象者・要支援1 | 8 8 | | |
| | 要支援2 | 1 7 6 | | |
| サービス提供体制強化加算（II） | 事業対象者・要支援1 | 7 2 | | |
| | 要支援2 | 1 4 4 | | |
| サービス提供体制強化加算（III） | 事業対象者・要支援1 | 2 4 | | |
| | 要支援2 | 4 8 | | |
| 生活機能向上連携加算（I） | 1 0 0 | | | |
| 生活機能向上連携加算（II） | 2 0 0 | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（I） | 2 0 | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（II） | 5 | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | 4 0 | | | |
| 介護職員等待遇改善加算 I (1ヶ月) | 1ヶ月当たりの所定単位数に決められた加算率 <u>(9.2%)</u> を乗じた金額となります。 | | | |
| 介護職員等待遇改善加算 II (1ヶ月) | 1ヶ月当たりの所定単位数に決められた加算率 <u>(9.0%)</u> を乗じた金額となります。 IかIIいずれかが加算されます | | | |

※上記単位数に施設所在地の地域加算率（市川市10.45）を乗じた額に対して、
「介護保険負担割合証」に記載された割合を乗じた額が利用者負担料金になります。

③昼食費 1食当たり 700円（全額自己負担）

※その他、レクリエーションにかかる費用等で実費負担となるものもあります。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。

その場合は一旦利用料金の全額をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、各保険者の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(3) 支払方法

お支払方法は原則として、当月の料金の合計額を翌月 27 日頃に銀行口座振替又はゆうちょ銀行自動払込みの方法で支払いをお願いいたします。郵送された請求書金額をご確認の上、口座振替又は自動払込まれる口座にご入金ください。

※口座開設が間に合わない、残高不足による口座振替または自動払込み不能、ご逝去による口座閉鎖等に関しては、上記のお支払方法ではなく、現金又は指定口座へ振込にてお支払いいただきます。

5. 施設利用にあたっての留意事項

- | | |
|-------------|--------------------------------|
| ○見学 | 施設見学時間は、通常、9時00分から17時00分と致します。 |
| ○喫煙 | 施設内は全館禁煙となっております。 |
| ○所持品の持込 | 衣類など身の回り品に限らせていただきます。 |
| ○設備・器具の利用 | 施設内規則にのっとりご利用ください。 |
| ○宗教・政治・営利活動 | ご遠慮ください。 |

6. キャンセル規定

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。

| | |
|--------------------------|----------|
| ご利用日の当日のご連絡またはご連絡がなかった場合 | 食費（700円） |
|--------------------------|----------|

※同月内であれば、ご希望の日に振替することができます。その場合、上記キャンセル料はかかりません。ただし、定員数分の予約が入っている日には振替できませんのでご了承ください。

※病状の急変等やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に様態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほかご家族の方に速やかに連絡します。緊急連絡先（第1連絡先・第2連絡先・主治医・医療機関）に変更等がございましたら事業所までご連絡下さい。

8. 非常災害対策

- ・ 災害時対応：（携帯）電話等で急報し、対応マニュアルに沿い、管理者の指示を受け対処します。
- ・ 防災設備：非常通報設備・スプリンクラー、同ポンプ設備等、設備基準に適合
- ・ 防災訓練：年二回 防災訓練実施
- ・ 火元責任者：石正 伸享

規定する訓練の実施にあたっては、地域住民の参加が得られるように連携に努めます。

9. 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には、ご家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 契約の終了

- 1 ご利用者は、事業者に対して14日の予告期間において文書で通知することにより、本契約を解約することができます。
- 2 事業者は、利用者が次に掲げる各号のいずれかに該当した場合は、利用者に対して30日の予告期間を置いて文書で通知することにより、本契約を解約することができます。
 - (1) ご利用者によるサービス利用料金のお支払いが正当な理由なく2ヶ月以上滞納し、相当期間を定めた督促を行ったにもかかわらずこれが支払われないとき。
 - (2) 利用者の行動が他の利用者に生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、十分な介護を全くしてもこれを予防できない場合。
 - (3) 利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、生命の危険性が極めて高く、事業者において十分な介護を全くしてもこれを防止できないとき。
 - (4) 利用者が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。
- 3 ご利用者が死亡した場合又は市外に転居した場合は、この契約は自動的に終了します。また、ご利用者が要介護認定において自立と認定され、事業対象者にも該当しなくなった場合にも自動的に終了します。
- 4 利用者又は利用者の家族等が、故意又は重大な過失により事業者若しくは事業所の職員の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい背信行為を行うことなどによって、この契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合、事業者は文書で通知することにより、直ちに本契約を解約することができるものとします。

※サービス利用にあたっての禁止行為

1. 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
2. パワーハラスメント・セクシャルハラスメント・ケアハラスメント・カスタマーハラスメントなどの行為
3. サービス利用中にご契約本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

11. サービス内容に関する相談・苦情

- ① 当施設ご利用者相談・苦情担当 047-300-8115
苦情受付担当者 管理者 石正 伸享
苦情解決責任者 課長補佐 黒川 大我
第三者委員 新藤 幸男、 久世 啓子
- ② 法人本部相談苦情受付 047（337）1231
社会福祉法人慶美会 お客様サービス係（特別養護老人ホーム清山荘内）
月曜日～金曜日 9：00～17：00
- ③ その他 市町村の介護保険担当窓口・国保連合会でも受け付けています。
市川市役所 福祉部 介護保険課 047-712-8548
千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理係 043-254-7428

1 2. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業者は、利用されている方々の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会を設置し、定期的に開催するとともに、その結果について介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。
- (2) 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識・技能の向上に努めます。
- (3) 虐待防止担当者を設置し、職員が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる態勢を整えるほか、職員がサービスを利用されている方々の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

<虐待防止体制>

| | |
|---------------|--------------------------------------|
| 虐待防止受付担当者 | 管理者 石正 伸享 |
| 虐待防止受付窓口（連絡先） | TEL 047-300-8115 FAX 047-300-8150 |

1 3. 第三者による評価の実施状況

実施した年月日 令和7年2月5日
実施した評価機関 株式会社 福祉企画総合研究所
当該結果の開示状況 あり

1 4. 当法人の概要

法人種別・名称 社会福祉法人 慶美会
代表者役職・氏名 理事長 桑原経子

本部所在地・電話番号 千葉県市川市柏井町4丁目314番地
TEL 047-337-1231
fax 047-337-6800
ホームページ care-net.biz/12/keibikai/

定款の目的に定める事業 1・第一種社会福祉事業
2・第二種社会福祉事業
3・公益事業

施設・拠点等 通所介護 6ヶ所
認知症対応型通所介護 6ヶ所
介護老人福祉施設 7ヶ所
ケアハウス 2ヶ所
短期入所生活介護 7ヶ所
訪問入浴 1ヶ所
訪問介護 2ヶ所
地域包括支援センター 9ヶ所
居宅介護支援事業所 4ヶ所

令和 年 月 日

介護予防通所型サービス利用にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

法人・事業者

<サービス事業者> 大洲デイサービスセンター
<所在地> 千葉県市川市大洲1丁目18番1号
<法人名> 社会福祉法人 慶美会
<法人所在地> 千葉県市川市柏井町4丁目314番地
<代表者名> 理事長 桑原 経子 印

説明者 所属 大洲デイサービスセンター

氏名 印

私は、本書面により、事業者から介護予防通所型サービス利用についての重要事項の説明を受けました。

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印

(続柄) _____