日常生活支援総合事業通所型サービス重要事項説明書

（令和８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　　０４７５－３４－５８０８

担　　当　　・デイサービスセンター実恵園

担当者　　田屋　美菜子

※　ご不明な点は、なんでもおたずねください。

２．デイサービスセンターの概要

（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実恵園
所在地	千葉県茂原市法目２６７２番地１
介護保険指定番号	通所介護　（千葉県第１２７１５００１８１号）
サービスを提供する 対象地域　※	基本実施地域：茂原市、白子町、長柄町、長南町、 一宮町、睦沢町、長生村、大網白里市

※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

職種名	専従(常勤)	専従(非常勤)	兼務(常勤)	兼務(非常勤)
管理者			１人	
生活相談員			２人	
看護職員	１人		１人	
介護職員	６人		２人	
機能訓練指導員			１人	
歯科衛生士			１人	
栄養士又は管理栄養士			１人	

（３）同センターの設備の概要

定　　員	３０名	静養室	２室５床
食堂兼日常機能訓練室	１５７．５㎡	送迎車	７台
浴　　室	１室(一般浴)	相談室	１室

（４）営業時間及びサービス提供時間

営業時間	午前９時００分～午後５時３０分
サービス提供時間	午前１０時００分～午後３時３０分
休業日	日曜日、国民の祝祭日、１２／３１～１／３

３．サービス内容

① 送　　迎・・・ご自宅まで送迎いたします
② 食　　事・・・栄養士が考えた手作りのお食事を提供いたします
③ 入　　浴・・・介護職員がお手伝いいたします
④ 運動器機能向上・・・機能訓練指導員がご利用者に合ったリハビリを行います
⑤ 口腔機能向上・・・歯科衛生士が口腔機能向上のための指導等を行います
⑥ 生活相談・・・生活相談員がご相談をお受けいたします
⑦ そ の 他・・・排泄・車椅子への移乗等必要な介護を行います

４．料金

※茂原市は地域区分６級地で、１単位１０．２７円で計算します。

（１）基本単位

	介護保険適用時の１ヶ月あたりの自己負担
要支援１	１，７９８単位
要支援２	３，６２１単位

＊開始月・終了月は日割り計算になります。

（２）加算単位

①口腔機能向上加算　　１５０単位
口腔機能向上加算（Ⅱ）　　１６０単位
利用者の口腔機能の向上を目的とし、個別に口腔清掃の指導や摂食・嚥下機能の訓練の指導や実施
②若年性認知症利用者受入加算　　２４０単位（該当する方のみ）
③科学的介護推進体制加算　　４０単位
④サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　　要支援１　８８単位
要支援２　１７６単位
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　　要支援１　７２単位
要支援２　１４４単位
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　　要支援１　２４単位
要支援２　４８単位
⑤介護職員処遇改善加算（Ⅰロ）　（基本単位＋加算単位）×１２．０％の単位
介護職員処遇改善加算（Ⅱロ）　（基本単位＋加算単位）×１１．８％の単位
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）　（基本単位＋加算単位）×９．９％の単位
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）　（基本単位＋加算単位）×８．３％の単位

（３）その他の料金

①昼食費　　１食あたり７５０円
　　食材費と調理費・おやつ代含みます。(全額ご利用者負担)

②日常生活費　　１００円/回
　　クラブ活動・レクリエーションなどで使用する材料費等

　私物管理費　　１００円/回　洗濯等行う場合

③おむつ代　　実費となります

紙パンツ　Mサイズ１枚　１４０円
　　Ｌサイズ１枚　１６０円
尿取りパッド　　１枚　　４０円

※　ただし、当センターの紙パンツ等を使用した場合でも後日代替品をお持ちになる場合は、その旨職員へお申し出ください。

④その他

特別な食事の提供、理美容代等は別途料金がかかります。

※　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。その場合はいったん１日あたりの利用料金を頂き、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市町村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。

（４）キャンセルの規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、ご利用日当日午前８時５０分までにご連絡下さい。

（５）支払方法

毎月１０日までに前月分の請求をいたしますので、７日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、銀行振込、現金集金の２通りの中からご契約の際に選べます。尚、銀行振込の際は別途振込手数料がかかりますのでご了承ください。

５．サービスの利用方法

契約終了後、サービスの提供を開始します。

※　介護予防サービス・支援計画表の作成を依頼している場合は、事前に御担当の地域包括支援センター（介護支援専門員）とご相談ください。

６．当デイサービスセンターの特徴等

（１）運営の方針

当事業所は、法人設立時(平成４年９月８日)次の内容を基本理念として事業を開始しました。

福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、または社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢

及び心身の状況に応じ、地域において、必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助することを目的として、千葉県における社会福祉事業の能率的運営と組織的活動を促進し、地域福祉の増進を図ることを目的とし、これらの基本理念は、介護保険制度においても何ら変わることなく事業運営を実施して行きます。デイサービスセンターにおいても、この基本理念に基づき事業運営を図り、在宅の虚弱なご高齢者や寝たきりのご高齢者等に対し、通所による各種のサービスを提供することにより、生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上等を図るとともに、そのご家族の身体的・精神的な負担の軽減を実施していきます。

（2）サービス利用のために

・ 利用者の人権、プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

（2） サービス利用にあたっての留意点

① 当園の浴室・機能訓練室等の設備をご利用される際には、職員による支援を受けながらご利用ください。

② 体調不良等により、入浴等のサービスまたはご利用そのものの中止・変更等を行うことがありますので予めご了承ください。

③ 日頃より、主治医の診断や日常生活上の留意事項、ご利用当日の健康状態等を職員に連絡するとともに、心身の状況に応じたご利用をお願い致します。

④ 他利用者や職員等に対しての宗教活動、営利を目的とした勧誘、商行為、暴言・暴力等は行わぬようお願い致します。

⑤ おおよその送迎時間は事前にご連絡いたしますが、交通事情等により到着時間が予定時間と前後する場合がありますのでご了承ください。また、ご家族にて送迎を希望される場合は、事前にご連絡ください。

⑥ 台風豪雨や降雪等の自然災害時や感染症流行時においては営業を休止させていただくことがありますので予めご了承ください。

⑦ 設備、器具等のご利用を希望される場合は、事前にお申し付けください。

⑧ スマートフォン・携帯電話等の通信機器の持ち込みについて、紛失・破損・故障等の責任は負いません。また、他利用者及び施設職員の「個人を特定できる写真及び動画」の撮影、音声の録音は禁止します。

7．緊急時の対応方法

サービスの提供中に体調の変化等があった場合は、すみやかにご家族、救急隊、主治医、地域包括支援センター・介護支援専門員等へ連絡し、適切な対応をいたします。

8．非常災害対策

・ 災害時の対応･･･関係機関への連絡、緊急避難誘導
・ 防災設備･･･耐火耐震壁構造、スプリンクラー、自動火災通報装置等完備
・ 防災訓練･･･地震訓練・火災訓練の実施（年４回以上）
・ 防火責任者･･･施設長

9．提供サービス内容に関する相談・苦情の受付

日常生活支援総合事業通所型サービスに関する、相談、要望、苦情等は事業所担当者

か下記窓口までお申し出下さい。

（１）当事業所ご利用者・苦情担当

苦情解決責任者　施設長　　今澤　真理子

苦情受付担当者　総務課長　　大塚　真弘

第三者委員　　監事　　目良　茂

元民生委員　錦織　總夫

電話番号　　０４７５－３４－５８０８

受付時間　月～金曜日　午前９時００分　～　午後５時３０分

（緊急の場合はこの限りではありません。）

（２）その他　　当センター以外に、別紙の第三者機関へ苦情の申し立てができます。

１０．当法人の概要

法人名称 ･･･････････････････ 社会福祉法人 豊 裕 会

代表者役職・氏名 ･･･････････ 理 事 長　　西澤 溫

所在地・電話番号 ･･･････････ 千葉県茂原市法目２６７２番地１

℡ ０４７５－３４－５８０８

実施事業

（１）介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

（２）（介護予防）通所介護事業（デイサービス事業）

（３）（介護予防）短期入所生活介護事業（ショートステイ事業）

（４）在宅介護支援センター（各種相談業務）

重要事項説明授受確認書

令和　　年　　月　　日

第１号通所事業通所介護相当サービス提供開始にあたり、利用者に対して重要事項説明書に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

所在地　千葉県茂原市法目２６７２番地１

名　称　デイサービスセンター実恵園

説明者　　所属　　通所介護課

氏名　　谷口　紀子

私は、重要事項説明書に基づいて、事業所から第１号通所事業通所介護相当についての重要事項の説明を受けました。

利用者　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄　　（　　）