

デイサービス咲顔通所介護重要事項説明書

(2025年10月1日時点)

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 0475-54-7720 (9:00~17:00まで)

担当： 管理者 五木田剛良 生活相談員 鈴木美和子・小池美乃里
ご不明な点は、何でもおたずねください。

2 デイサービス咲顔の概要

| | |
|-------|-----------------|
| 名称 | デイサービス咲顔 |
| 所在地 | 千葉県東金市東金1371番地1 |
| 事業所番号 | 1271800607 |

(1) 送迎できる範囲

東金市、山武市、大網白里市、九十九里町

その他の地域に関しては、ご相談に応じます。

(2) 職員の体制

| | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 計 |
|---------|-----------------------------------|------------------------------------|--------|-------------------|
| 管理者 | 介護福祉士・介護支援専門員 | 1 (介護職兼務) | | 1 |
| 生活相談員 | 介護福祉士 介護福祉士・介護支援専門員 | 1 (介護職兼務) 1 | | 2 |
| 機能訓練指導員 | 看護師 | 1 | 1 | 2 |
| 看護師 | 看護師 | 1 | 1 | 2 |
| 介護職員 | 介護福祉士 介護福祉士 介護福祉士 社会福祉主事 | 1 (管理者兼務) 1 (生活相談員兼務) 4 1 | 1 1 | 9 (兼務者 数含む) |

(3) センター設備等

| | | | |
|----------|--------------------------|-----|----|
| 定員（1日） | 35名 | 静養室 | 1 |
| 食堂兼機能訓練室 | 1室 170.86 m ² | 相談室 | 1 |
| 浴室 | 1室 | 送迎車 | 5台 |

(4) 営業時間

月曜～土曜

午前 8時 30分 ～ 午後 5時 30分

(内、サービス提供時間)

午前 9時 30分 ～ 午後 5時 00分

*年末・年始はお休みとさせていただきます。

3 提供するサービス内容

- | | | |
|------------|---------|------|
| ① レクリエーション | ④ 昼食の提供 | ⑦ 送迎 |
| ② 機能訓練 | ⑤ 口腔ケア | |
| ③ 生活相談 | ⑥ 入浴介助 | |

4 料金

(1) 利用料金

① 基本単位

7 時間から 8 時間設定

| | 1 日あたりの基本単位 |
|-------|-------------|
| 要介護 1 | 658 単位 |
| 要介護 2 | 777 単位 |
| 要介護 3 | 900 単位 |
| 要介護 4 | 1,023 単位 |
| 要介護 5 | 1,148 単位 |

② 各種加算

・ 入浴介助加算 (I) 40 単位／回

・ サービス提供体制強化加算 I (I) 22 単位／回

・ 科学的介護促進体制加算 40 単位／月

・ 介護職員等処遇改善加算 I

* { 基本サービス (単位) + 各種加算 (単位) } × 921000

(1 単位未満端数四捨五入)

・ 送迎を行わない場合 (片道) - 47 単位

③ 実費負担

・ 昼食代 700 円 (昼食代 650 円、おやつ代 50 円)

・ その他、おむつ代、趣味活動などにかかる費用等は自己負担になります

* 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、一旦保険適用外の料金を頂き、サービス提供証明書を発行致します
サービス提供証明書と領収書を後日 居住地の市・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。

1日あたりの利用料金【1割負担】(7時間～8時間設定：入浴・昼食・おやつ代含む)

| | 基本単位 (A) | 入浴加算 (B) <u>(注)入浴した場合</u> | サービス提供体制強化加算 (C) | 介護職員処遇改善加算(D) (A+B+C)×9.2%(1単位未満端数四捨五入) | 東金市地域単価 10.14円 (A+B+C+D)×10.14円= (E) 1円未満の端数切り捨て |
|------|-------------|---|-------------------------------|---|---|
| 要介護1 | 658 単位 | 40 単位 | 22 単位 | 66 単位 | 7,970 円 |
| 要介護2 | 777 単位 | 40 単位 | 22 単位 | 77 单位 | 9,288 円 |
| 要介護3 | 900 単位 | 40 単位 | 22 単位 | 89 单位 | 10,657 円 |
| 要介護4 | 1,023 単位 | 40 单位 | 22 単位 | 100 单位 | 12,015 円 |
| 要介護5 | 1,148 単位 | 40 单位 | 22 单位 | 111 单位 | 13,394 円 |
| | 介護報酬総額 (E) | 保険請求額 (F) 9割 (E) × 90 % 1円未満端数切り捨て | 利用者負担額 (G) 1割 (E) - (F) | 実費負担 昼食(650円)とおやつ(50円)を食べた場合 (G) + 700円 | 科学的介護推進体制加算 ひと月の合計金額に41円追加 その他 おむつ代・趣味活動に掛かる 費用は自己負担となります |
| 要介護1 | 7,970 円 | 7,173 円 | 797 円 | 1,497 円 | |
| 要介護2 | 9,288 円 | 8,359 円 | 929 円 | 1,629 円 | |
| 要介護3 | 10,657 円 | 9,591 円 | 1,066 円 | 1,766 円 | |
| 要介護4 | 12,015 円 | 10,813 円 | 1,202 円 | 1,902 円 | |
| 要介護5 | 13,394 円 | 12,054 円 | 1,340 円 | 2,040 円 | |

1日あたりの利用料金【2割負担】(7時間～8時間設定：入浴・昼食・おやつ代含む)

| | 介護報酬総額 (E) | 保険請求額 (F) 8割 (E) × 80 % 1円未満端数切り捨て | 利用者負担額 (G) 2割 (E) - (F) | 実費負担 昼食(650円)とおやつ(50円)を食べた場合 (G) + 700円 |
|------|------------|---|-------------------------------|---|
| 要介護1 | 7,970 円 | 6,376 円 | 1,594 円 | 2,294 円 |
| 要介護2 | 9,288 円 | 7,430 円 | 1,858 円 | 2,558 円 |
| 要介護3 | 10,657 円 | 8,525 円 | 2,132 円 | 2,832 円 |
| 要介護4 | 12,015 円 | 9,612 円 | 2,403 円 | 3,103 円 |
| 要介護5 | 13,394 円 | 10,715 円 | 2,679 円 | 3,379 円 |

1日あたりの利用料金【3割負担】(7時間～8時間設定：入浴・昼食・おやつ代含む)

| | 介護報酬総額 (E) | 保険請求額 (F) 7割 (E) × 70 % 1円未満端数切り捨て | 利用者負担額 (G) 3割 (E) - (F) | 実費負担 昼食(650円)とおやつ(50円)を食べた場合 (G) + 700円 |
|------|------------|---|-------------------------------|---|
| 要介護1 | 7,970 円 | 5,579 円 | 2,391 円 | 3,091 円 |
| 要介護2 | 9,288 円 | 6,501 円 | 2,787 円 | 3,487 円 |
| 要介護3 | 10,657 円 | 7,459 円 | 3,198 円 | 3,898 円 |
| 要介護4 | 12,015 円 | 8,410 円 | 3,605 円 | 4,305 円 |
| 要介護5 | 13,394 円 | 9,375 円 | 4,019 円 | 4,719 円 |

(2) キャンセル料

お客様の都合でサービス利用を中止する場合、下記のキャンセル料が必要です。

| | |
|---------------------------|------------|
| ①利用日の当日午前 8 時半までに連絡があった場合 | 無料 |
| ②それ以後の場合 | 通所介護料の 10% |

(3) 利用料金の支払方法

毎月 10 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払い頂きますと領収書を発行致します。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。当センターの職員がお伺い致します。

サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

*居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。

(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 当センター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致します。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了致します。

- ・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、要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 非該当（自立）と認定された場合。ただし、契約内容を変更してサービスを受けることができます。

- ・お客様がお亡くなりになった場合。

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、お客様や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、または当法人が倒産した場合、お客様は文書で解約を通知することによってすぐ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いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず 7 日以内にお支払いがない場合、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事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、すぐにサービスを終了させていただく場合がございます。

6 当センターの通所介護サービスの特徴等

(1) サービス利用のために

| 事 項 | 有・無 | 備 考 |
|--------------|-----|-----|
| 土曜・祭日の営業 | 有 | |
| 時間延長実施の有無 | 無 | |
| 従業員への研修の実施状況 | 有 | |
| サービスマニュアルの作成 | 有 | |
| 送迎の有無 | 有 | |
| 第三者評価の実施 | 無 | |

サービスの利用のための留意事項

- 送迎の連絡方法
- 体調確認と体調不良の場合の対応
- 食事の内容
- 機能訓練の内容
- レクリエーション趣味活動の内容
- その他

7 緊急時の対応

| | | |
|-----|-------|--|
| 主治医 | 主治医氏名 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族 | 氏 名 | |
| | 連絡先 | |

8 サービス内容に関する苦情

①センターご利用者相談・苦情担当

担当窓口 管理者 五木田剛良
生活相談員 鈴木美和子・小池美乃里

②その他

当センター以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

市町村名 東金市
担当部署 高齢者支援課
電話 0475 (50) 1219

千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情処理係 千葉市稲毛区天台6丁目4番3 電話:043-254-7428

千葉県運営適正化委員会 千葉市中央区千葉港4番3号地千葉県社会福祉センター1階 電話:043-246-0294

9 当法人の概要

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|--|--------|-----|------------|-----|--------------|-----|------------|-----|-----------------|-----|----------------|-----|-------------------|-----|
| 名称・法人種別 | 医療法人社団 明生会 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 田畠 祐輔 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本部所在地 | 千葉県東金市堀上73番地1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 0475(55)3311 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定款の目的に定めた事業 | <table><tr><td>1. 診療所</td><td>9ヶ所</td></tr><tr><td>2. 訪問看護事業所</td><td>1ヶ所</td></tr><tr><td>3. 居宅介護支援事業所</td><td>2ヶ所</td></tr><tr><td>4. 通所介護事業所</td><td>2ヶ所</td></tr><tr><td>5. 認知症対応型共同生活介護</td><td>2ヶ所</td></tr><tr><td>6. 介護付き有料老人ホーム</td><td>1ヶ所</td></tr><tr><td>7. 小規模多機能型居宅介護事業所</td><td>1ヶ所</td></tr></table> | | 1. 診療所 | 9ヶ所 | 2. 訪問看護事業所 | 1ヶ所 | 3. 居宅介護支援事業所 | 2ヶ所 | 4. 通所介護事業所 | 2ヶ所 | 5. 認知症対応型共同生活介護 | 2ヶ所 | 6. 介護付き有料老人ホーム | 1ヶ所 | 7. 小規模多機能型居宅介護事業所 | 1ヶ所 |
| 1. 診療所 | 9ヶ所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 訪問看護事業所 | 1ヶ所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 居宅介護支援事業所 | 2ヶ所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 通所介護事業所 | 2ヶ所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. 認知症対応型共同生活介護 | 2ヶ所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. 介護付き有料老人ホーム | 1ヶ所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. 小規模多機能型居宅介護事業所 | 1ヶ所 | | | | | | | | | | | | | | | |

年 月 日

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ました。

事業者

所在地 千葉県東金市東金1371番地1

名 称 デイサービス咲顔 印

事業所番号 1271800607

説明者 職名 _____ 氏 名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護について重要事項の説明を受け同意しました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印