

デイサービス咲顔 重要事項説明書

介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）

（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・大網白里市

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）	最大35名	静養室	1
食堂兼機能訓練室	1室170.86㎡	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

*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 か月あたりの利用料金 (1 割負担)

	基本単位 (A)	サービス提供 体制加算 (B)	介護職員処遇 改善加算 (C) (A+B) × 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) × 10,14 円 = (D) 1 円未満の端数切り捨て	
要支援 1	1,798 単位	88 単位	174 単位	20,888 円	
要支援 2(週 1)	1,810 単位	88 単位	175 単位	21,020 円	
要支援 2(週 2)	3,621 単位	176 単位	349 単位	42,040 円	
	介護報酬 総額 (D)	保険請求額 (E) 9 割 (D) × 90% 1 円未満端数切り捨て		利用者負担額 (F) 1 割 (D) - (E) = (F)	科学的介護推進体制加算 ひと月の合計金額に 4 1 円追加
要支援 1	20,888 円	18,799 円		2,089 円	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
要支援 2(週 1)	21,020 円	18,918 円		2,102 円	
要支援 2(週 2)	42,040 円	37,836 円		4,204 円	

1 か月あたりの利用料金 (2 割負担)

	介護報酬 総額 (D)	保険請求額 (E) 8 割 (D) × 80% 1 円未満端数切り捨て	利用者負担額 (F) 2 割 (D) - (E) = (F)	科学的介護推進体制加算 ひと月の合計金額に 4 1 円追加
要支援 1	20,888 円	16,710 円	4,178 円	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
要支援 2(週 1)	21,020 円	16,816 円	4,204 円	
要支援 2(週 2)	42,040 円	33,632 円	8,408 円	

1 か月あたりの利用料金 (3 割負担)

	介護報酬 総額 (D)	保険請求額 (E) 7 割 (D) × 70% 1 円未満端数切り捨て	利用者負担額 (F) 3 割 (D) - (E) = (F)	科学的介護推進体制加算 ひと月の合計金額に 4 1 円追加
要支援 1	20,888 円	14,621 円	6,267 円	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
要支援 2(週 1)	21,020 円	14,714 円	6,306 円	
要支援 2(週 2)	42,040 円	29,428 円	12,612 円	

その他

*昼食代（注：1回分）700円（昼食代650円+おやつ代50円）×回数

*おむつ代や、趣味活動に係る費用などは自己負担となります

*市町村が定めた総額適用の場合でも、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 東金市の窓口提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(2) キャンセル料

介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防通所介護相当サービス）は、利用料が月単位の定額制の為、キャンセル料は不要となります。

(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、地域包括支援センターと連携し契約を結び、介護予防・日常生活支援総合事業計画を作成して、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 お客さま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、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さまの要介護認定区分が、要介護1～5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。
- ・ お客さま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、お客さま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、お客さま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。
- ・ お客さまが、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、またはお客さまやご家族など

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 当センターの通所型サービスの特徴等

(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	

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苦情処理係 千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3 電話 043-254-7401

千葉県運営適正化委員会 千葉県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 田畑 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	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

介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防通所介護相当サービス）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 千葉県東金市堀上東金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