

【通所介護重要事項説明書】

1. 通所介護サービスの概要

事業所名	地域密着型デイサービスセンター 成田苑
所在地	千葉県成田市大室1783-22
電話番号	0476-36-6311
FAX 番号	0476-36-3133
介護保険指定事業所番号	地域密着型通所介護（成田市 第1271600288号）
サービスを提供する地域	成田市にお住まいの方
営業日	月・火・水・木・金・土（日曜日および12/31～1/3を除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時45分

2. 職員の体制

＜ 職 種 ＞ 管理者 1名 生活相談員 1名 看護師（機能訓練指導員） 1名
介護職員 2名以上

3. 設備の概要

定 員	18名	静養室	1室 16畳
食堂兼機能訓練室	1室 172.5m ²	相談室	2室
浴 室	一般浴槽・特殊浴槽		

4. サービス内容

当デイサービスセンターへの送迎、センターにおいての入浴および食事の提供（これらに伴う介護も含みます。）生活などに関する相談・助言・健康状態の確認、その利用者に必要な日常生活のお世話、ならびに機能訓練を行います。

5. 利用料金

（1）利用料金

※別紙参照

（2）キャンセル料

お客様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。

① ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
② ご利用日の当日午前8時までにご連絡いただいた場合	デイサービス利用料 の 25%
③ ご利用日の当日午前8時までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料 の 35%

※ ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

(3) 支払方法

毎月、5日から10日までに前月分の請求をいたしますので、20日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

6. 利用者及び利用者の家族等の禁止行為

次の行為を禁止行為とします。確認された場合は、契約を解除することもあります。

- (1) 職員に対する暴力、暴言、威圧的な言動
- (2) 職員に対する性的な言動や不適切な身体接触
- (3) 契約で定められた範囲を超えるサービスの強要
- (4) 職員に対する金銭の要求や贈り物の強要
- (5) その他職員の人格や尊厳を傷つける行為

7. 非常災害対策

- ・災害時の対応 職員等は火災等を発見した場合、直ちに消防機関へ通報するとともに、大声で他の職員及び苑内にいる者に知らせ、苑内にいる者の避難誘導に全力をあげることにします。
地震時、防火責任者は全職員に指揮し、下記使用設備器具等からの出火防止措置を行います。
職員は苑内にいる者に対して必要な指示をし、混乱防止に努めます。
避難は、防災機関からの避難命令または防火責任者の判断により開始します。
- ・防災設備 スプリンクラー設備・火災通報装置・誘導灯・自動火災報知設備・消火器・避難器具・非常警報設備
- ・防災訓練 年間行事計画による
- ・防火責任者 1名

8. サービス内容に関する苦情

(1) 当センターご利用者相談・苦情担当

<苦情解決責任者>

尾崎 正 尚

電 話 0479-77-1331

<苦情受付担当者> (受付時間：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分)

鹿沼 優 子 (成田苑デイサービスセンター生活相談員)

電 話 0476-36-6311

<第三者委員>

内 藤 節 子

水 口 勝 史

(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。

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| ・千葉県国民健康保険団体連合会 | |
| 担 当 | 介護保険課苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 0 4 3 - 2 5 4 - 7 4 2 8 |
| ・市町村名 成田市役所 | |
| 担 当 | 高齢者福祉課 |
| 電話番号 | 0 4 7 6 - 2 0 - 1 5 3 7 |

当事業者は、通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 : 千葉県成田市大室 1 7 8 3 - 2 2
 事業者名 : 社会福祉法人 徳栄会
 地域密着型デイサービスセンター 成田苑
 代表者名 理事長 高根 宏 ㊞

説明者 職 名 生活相談員
 氏 名 鹿沼 優子 ㊞

私は、契約書及び本書面により事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

また私及び私の家族の個人情報について、必要な場合は、居宅介護支援事業者等に対して提供することに同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

<代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(続柄)

地域密着型デイサービスセンター成田苑 利用料金表

(令和 8 年 9 月 1 日以降)

○地域密着型通所介護費

サービス内容	介護保険 1 割負担 適用時の 1 日利用単位数	介護保険 2 割負担 適用時の 1 日利用単位数	介護保険 3 割負担 適用時の 1 日利用単位数
要介護 1	7 9 4 円	1, 5 8 8 円	2, 3 8 2 円
要介護 2	9 3 8 円	1, 8 7 6 円	2, 8 1 4 円
要介護 3	1, 0 8 8 円	2, 1 7 6 円	3, 2 6 4 円
要介護 4	1, 2 3 6 円	2, 4 7 2 円	3, 7 0 8 円
要介護 5	1, 3 8 3 円	2, 7 6 6 円	4, 1 4 9 円
入浴介助加算	4 2 円	8 4 円	1 2 6 円
サービス提供体制 強化加算 (Ⅲ)	6 円	1 2 円	1 8 円
科学的介護推進体制 加算	4 2 円/月	8 4 円/月	1 2 6 円/月
介護職員等 処遇改善加算 (Ⅱ)	1 2, 5 %	1 2, 5 %	1 2, 5 %

※サービス提供体制強化加算は、算定しない場合もあり、施設の職員体制により加算致します。

※介護職員等処遇改善加算は 1 ヶ月に利用した介護サービス費（介護保険）に対して 1 2, 5 % 算定されます。

※平成 3 0 年度から地域区分の見直しがあり、成田市は 4 級地の 1 0. 5 4 円として計算しています。

食費（おやつ代を含む） 8 0 0 円

娯楽費（月額） 2 0 0 円

※その他、おむつ代等にかかる費用は自己負担となります。

※記録の複写物にかかる負担額は 1 枚 1 0 円です。