

第一号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）重要事項説明書

（令和 8 年 8 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 047-446-3300（午前9時～午後5時まで）

○デイサービス担当 生活相談員 赤澤 秀徳

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 介護予防通所介護相当サービスの概要

（1）事業所の概要 ※当事業所は特別養護老人ホーム慈祐苑に併設されています。

事業者名	特別養護老人ホーム 慈祐苑
所在地	千葉県鎌ヶ谷市道野辺214番地4
介護保険指定番号	第一号通所事業（介護予防通所介護相当サービス） （鎌ヶ谷市 1272900075号）
管理者名	木村 保裕

（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に支援することを目的として、利用者に対し、介護予防通所介護相当サービスを提供します。

（3）開設（サービス開始）年月日

平成 1 年 10 月 1 日

（4）通常の事業の実施地域

鎌ヶ谷市

（5）利用定員

第一号通所事業『通所介護含む』 35名

（6）営業日・営業時間

営業日	【第一号通所事業】 月曜日から土曜日 （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	9：30～16：45

(7) デイサービスセンターの概要

利用フロアー	設 備
食堂兼機能訓練室	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ン
浴 室	一般浴・リフト浴
便所・洗面所	男女共同
養 護 室	介護用ベッド（4台）
送 迎 車 両	5 台
相談室	1 室

3. 職 員 配 置

職員体制

	通所介護	第一号通所事業
管 理 者	1 名兼務	左記兼務
生 活 相 談 員	1 名以上	左記兼務
機能訓練指導員	1 名以上	左記兼務
看 護 職 員	1 名以上	左記兼務
介 護 職 員	5 名以上	左記兼務

4. 介護予防通所介護相当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輛にてご自宅から送り迎えをいたします。
2. 食 事・・・栄養士、調理員により、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・・・介護予防通所介護相当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個別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) 介護予防通所介護相当サービスの利用料金

①利用料金

(第一号通所事業利用料)

	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	4 3 6	1, 7 9 8
事業対象者・要支援 2	4 4 7	3, 6 2 1

※ 1 上記単位数に施設所在地の地域加算率（鎌ヶ谷市 10.27）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ヵ月当たりの単位数となります。

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

②各種加算・減算（単位数）

定員超過利用減算	×70/100		
人員欠如減算	×70/100		
高齢者虐待防止措置未実施減算	－1/100		
業務継続計画未策定減算	－1/100		
同一建物内減算 (1ヵ月当たりの回数を定める場合)	－94		
送迎未実施減算(片道)	－47		
生活機能向上グループ活動加算	100		1月につき
若年性認知症利用者受入加算	240		1月につき
一体的サービス提供加算	480		1月につき
サービス提供体制強化加算(I)	事業対象者・要支援1	88	1月につき
	事業対象者・要支援2	176	1月につき
サービス提供体制強化加算(II)	事業対象者・要支援1	72	1月につき
	事業対象者・要支援2	144	1月につき
サービス提供体制強化加算(III)	事業対象者・要支援1	24	1月につき
	事業対象者・要支援2	48	1月につき
事業所評価加算	120		1月につき
同一建物減算 (1週当たりの標準的な回数を定める場合)	事業対象者・要支援1	376	1月につき
	事業対象者・要支援2	752	1月につき
栄養アセスメント加算	50		1月につき
栄養改善加算	200		1月につき
口腔機能向上加算(I)	150		1月につき
口腔機能向上加算(II)	160		1月につき
生活機能向上連携加算(I)	100		1月につき
生活機能向上連携加算(II)	200		1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	20		1回につき
口腔・栄養スクリーニング加算(II)	5		1回につき
科学的介護推進体制加算	40		1月につき

※上記単位数に施設所在地の地域加算率(鎌ヶ谷市10.27)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。

※「介護保険負担割合証」の提示が必要となります。

※介護職員等処遇改善加算Ⅰロ(12.0%)は1ヵ月当たりの所定単位数に乘じた算定となります。

③ 昼食費 1食当たり 800円（全額自己負担）

※1 その他、レクリエーションにかかる費用等で自己負担となるものもあります。

※2 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 20 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さ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ましては、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、8時30分から17時30分と致します。
- 喫煙 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
- 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（800円）
--------------------------	----------

※同月内であれば、ご希望の日に振替ることができます。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。連絡先に変更等がございましたら事業所までご連絡下さい。

8. 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。

9. 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：年三回 防災訓練実施
- ・ 防火管理者：中 田 洸 矢

10. 契約の終了

当事業所とのご契約において、ご契約終了の期日については、特にお申し出のない限り自動的に更新することとしております。

したがって、特別な事由がない限り、継続して介護サービスを利用することができますが、以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所とのご契約を終了していただくことになります。

- （ア）要介護認定において、ご契約者が自立又は要介護と認定されたとき。
- （イ）ご契約者がご契約を解除したとき。（詳細は「（１）」をご参照下さい。）
- （ウ）事業者がご契約を解除したとき。（詳細は「（２）」をご参照下さい。）
- （エ）ご契約者が他の介護保険施設等に入所したとき。

（１）ご契約者からのご契約の解除

ご契約の有効期間内であっても、いつでもご契約者から契約を解除を申し出ることができます。その場合には、契約の終了を希望する１４日前までにお申し出ください。

（２）事業者からのご契約の解除

以下の事項に該当する場合は、（オ）に該当する場合を除き、原則として３０日以上予告期間をもって文章で通知することにより事業者から契約を解除し、当事業所でのサービス利用を終了させていただくことがあります。

- （ア）ご契約者によるサービス利用料金のお支払いが２か月以上滞納し、相当期間を定めた督促にもかかわらずこれが支払われないとき。
 - （イ）ご契約者の行動が、他の利用者等の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
 - （ウ）ご契約者が、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尽くしてもこれを防止できないとき。
 - （エ）ご契約者が、故意に法令違反その他の重大な秩序破壊行為を行い、改善の見込みがないとき。
 - （オ）ご契約者及び、後見人並びに家族等が事業者や事業所の職員に対して、故意又は重大な過失により禁止行為を繰り返す等、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、直ちにサービスを終了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苦情処理体制について

- ① 当施設の相談・苦情について受け付けます。

苦情受付担当者 生活相談員 赤 澤 秀 徳

苦情解決責任者 施 設 長 木 村 保 裕

第三者委員 進 藤 幸 男、谷 内 弘 美

- ② 法人相談・苦情受付等

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）

電話番号：047-337-1231 受付時間：月～金曜日 9時00分～17時00分

当施設以外に、各市町村の相談・苦情窓口および国保連合会でも受け付けています。

鎌ヶ谷市役所 高齢者支援課 介護保険係 047-445-1380

千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理係 043-254-7428

12. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げる措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）

を設置し、定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図るものとする。

- (2) 虐待の防止のための指針を整備するものとする。

- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施するものとする。

- (4) 上記の措置を適切に実施するための担当責任者を置くものとする。

- 2 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者は速やかに市町村に報告するとともに、虐待防止等を検討する委員会にて協議し、再発防止策について介護職員その他の職員に周知するものとする。

＜虐待防止体制＞

虐待防止受付担当者	木村 保裕
虐待防止受付窓口（連絡先）	TEL 047-446-3300 FAX 047-446-3302

13. 第三者による評価の実施状況

実施した年月日 令和 2年 3月 31日

実施した評価機関 株式会社 福祉規格総合研究所

当該結果の開示状況 あり

14. 当法人の概要

名称・法人種別	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

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

第一号通所事業利用にあたり、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。

法人・事業者

(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
(事業者名)	特別養護老人ホーム慈祐苑 第一号通所事業 (鎌ヶ谷市 1272900075号)
(事業者所在地)	千葉県鎌ヶ谷市道野辺214番地4
(代表者名)	理事長 桑原 経子 印
(説明担当者)	所属 特別養護老人ホーム慈祐苑

氏 名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から第一号通所事業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 _____

(代筆者) 住所

氏名 印

本人と代筆者との関係.....