

# 重要事項説明書

【通所介護】  
【介護予防通所介護】  
【第1号通所事業】

社会福祉法人 瑞光会  
瑞穂デイサービスセンター

瑞穂デイサービスセンター  
重要事項説明書

あなたに対する通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第 37 号第 8 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業概要

|            |                         |
|------------|-------------------------|
| 事業者名称      | 社会福祉法人 瑞光会              |
| 事業所名称      | 瑞穂デイサービスセンター            |
| 主たる事務所の所在地 | 東京都江戸川区瑞江 1 丁目 3 番 12 号 |
| 法人種別       | 社会福祉法人                  |
| 代表者名       | 小川 實                    |
| 電話番号       | TEL03-3679-3759         |

### 2. ご利用事業所

|      |                  |
|------|------------------|
| 指定番号 | 1273400471       |
| 所在地  | 千葉県袖ヶ浦市野里 1452-2 |
| 電話番号 | 0438-60-5566     |

### 3. 事業の目的と運営方針

要介護状態又は要支援状態にある方に対し、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事の出来るよう、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行う事により、社会的孤立の解消及び心身の機能の維持並びにご利用者のご家族の身体的、精神的負担の軽減を図る事を目的とする。

### 4. ご利用事業所の職員体制

| ご利用事業所の従事者の職種       | 員数                  | 勤務体制                        |
|---------------------|---------------------|-----------------------------|
| 生活相談員               | 1 人（常勤 1 名以上）       | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 1 名 |
| 看護師<br>兼<br>機能訓練指導員 | 1 人（常勤 1 名）         | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 1 名 |
| 介護職員                | 6 人（常勤 4 名・非常勤 5 名） | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 6 名 |

5. 営業日：月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、土曜日、祝日とする。  
ただし 12 月 30 日～1 月 3 日を除く。

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 45 分～午後 15 時 45 分）

6. 利用料

| (1) 通所介護サービス費                      |                               | 1 単位=10.27円       |                          |            |                |             |                | ※当事業所は通常規模型通所介護です。 |  |  |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------|------------|----------------|-------------|----------------|--------------------|--|--|
| 基本                                 | 介護度                           | 3時間以上4時間未満        | 4時間以上5時間未満               | 5時間以上6時間未満 | 6時間以上7時間未満     | 7時間以上8時間未満  | 8時間以上9時間未満     |                    |  |  |
|                                    | 要介護1                          | 368               | 386                      | 567        | 581            | 655         | 666            |                    |  |  |
|                                    | 要介護2                          | 421               | 442                      | 670        | 686            | 773         | 787            |                    |  |  |
|                                    | 要介護3                          | 477               | 500                      | 773        | 792            | 896         | 911            |                    |  |  |
|                                    | 要介護4                          | 530               | 557                      | 876        | 897            | 1,018       | 1,036          |                    |  |  |
|                                    | 要介護5                          | 585               | 614                      | 979        | 1003           | 1,142       | 1,162          |                    |  |  |
| ※「負担割合証」に記載されている負担割合により、負担額が変わります。 |                               |                   |                          |            |                |             |                |                    |  |  |
| 加算                                 | 項目                            | 単位                | 備考                       |            | 項目             | 単位          | 備考             |                    |  |  |
|                                    | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)               | 18                | 1日につき                    |            | 生活機能向上連携加算(Ⅱ)  | 200         | 1か月つき          |                    |  |  |
|                                    | 入浴介助加算                        | 40                | 1日につき                    |            | 中重度者ケア体制加算     | 45          | 1日につき          |                    |  |  |
|                                    | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)                 | 所定単位数(基本+加算)×4.3% |                          |            |                | 科学的介護推進加算   | 40             | 1か月つき              |  |  |
|                                    | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)              | 所定単位数(基本+加算)×1.0% |                          |            |                | ベースアップ等支援加算 | 1か月の合計単位数×1.1% |                    |  |  |
|                                    | 送迎を行わない場合                     | -47               | 片道につき                    |            | 口腔機能向上加算       | 150         | 1回につき(月2回限度)   |                    |  |  |
|                                    | 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ                  | 56                | 1日につき                    |            | ADL維持等加算(Ⅰ)    | 30          | 1月につき          |                    |  |  |
|                                    | 個別機能訓練加算(Ⅱ)                   | 20                | 1か月つき                    |            | 栄養改善加算         |             | 1回につき(月2回限度)   |                    |  |  |
| (2) 日常生活支援総合事業                     |                               |                   |                          |            |                |             |                |                    |  |  |
| 基本                                 | 介護度                           | 基本単位              |                          |            |                | 備考          |                |                    |  |  |
|                                    | 要支援1・事業対象者                    | 1,672             |                          |            |                | 1か月つき       |                |                    |  |  |
|                                    | 要支援2・事業対象者                    | 3,428             |                          |            |                | 1か月つき       |                |                    |  |  |
|                                    | 要支援2・事業対象者                    | 1,714             |                          |            |                | 週1回の利用      |                |                    |  |  |
| ※「負担割合証」に記載されている負担割合により、負担額が変わります。 |                               |                   |                          |            |                |             |                |                    |  |  |
| 加算                                 | 項目                            | 単位                | 備考                       |            |                |             |                |                    |  |  |
|                                    | 運動機能向上加算                      | 225               | 1か月つき ・ 運動機能向上サービスのみ対象の方 |            |                |             |                |                    |  |  |
|                                    | 生活機能向上連携加算                    | 200               | 1か月つき                    |            |                |             |                |                    |  |  |
|                                    | 科学的介護推進加算                     | 40                | 1か月つき                    |            |                |             |                |                    |  |  |
|                                    | ベースアップ等支援加算                   | 1か月の合計単位数×1.1%    |                          |            |                |             |                |                    |  |  |
|                                    | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)<br>事業対象者/要支援1 | 72                | 1か月つき                    |            |                |             |                |                    |  |  |
|                                    | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)<br>事業対象者/要支援2 | 144               | 1か月つき                    |            |                |             |                |                    |  |  |
|                                    | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)<br>事業対象者/要支援2 | 72                | 週1回の利用                   |            |                |             |                |                    |  |  |
|                                    | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)                 | 所定単位数(基本+加算)×4.3% |                          |            |                |             |                |                    |  |  |
|                                    | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)              | 所定単位数(基本+加算)×1.0% |                          |            |                |             |                |                    |  |  |
| (3) その他の費用                         |                               |                   |                          |            |                |             |                |                    |  |  |
| 区分                                 | 金額                            |                   | 内容の説明                    |            |                |             |                |                    |  |  |
| ①食費                                | 550円                          |                   | 食費500円 おやつ代50円           |            |                |             |                |                    |  |  |
| ②レクリエーション費                         | 100円                          |                   | 1日の負担額です。                |            |                |             |                |                    |  |  |
| ③日用品費                              | 100円                          |                   | 1日の負担額です。                |            |                |             |                |                    |  |  |
| ④おむつ代                              | 実費                            |                   | 利用者の希望により提供した場合          |            |                |             |                |                    |  |  |
| ⑤行事代                               | 実費                            |                   | 利用者の希望により提供した場合          |            |                |             |                |                    |  |  |
| (4) キャンセル料                         |                               |                   |                          |            |                |             |                |                    |  |  |
| ご利用日の前々営業日午後5時までにご連絡頂いた場合          |                               |                   |                          |            | 無 料            |             |                |                    |  |  |
| ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡頂いた場合           |                               |                   |                          |            | 無 料            |             |                |                    |  |  |
| ご利用日の当日午前9時までにご連絡頂いた場合             |                               |                   |                          |            | 無 料            |             |                |                    |  |  |
| ご利用日の当日午前9時までにご連絡が無かった場合           |                               |                   |                          |            | デイスサービス 利用の50% |             |                |                    |  |  |
| 当職員が本人の容態を確認し、健康上の理由で中止した場合        |                               |                   |                          |            | 無 料            |             |                |                    |  |  |

7. 第三者評価の実施状況（有・無）

（実施年月日）

（評価機関）

（評価結果）

8. 苦情申し立て窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、下記までお気軽のご相談下さい。また、意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善させていただきます。

ホーム苦情相談窓口

ご利用時間

午前9時～午後5時

ご利用方法

電話：0438-60-5566

担当：唐鎌 利江

袖ヶ浦市役所

ご利用方法

電話：0438-62-2111

保健福祉部 高齢者支援課

千葉県袖ヶ浦市坂戸市場 1-1

木更津市役所

ご利用方法

電話：0438-23-7111

保健福祉部 高齢者支援課

千葉県木更津市富士見 1-1-1

市原市役所

ご利用方法

電話：0436-23-9873

保健福祉部 高齢者支援課

千葉県市原市国分寺台中央 1-1-1

君津市役所

ご利用方法

電話：0439-56-1581

保健福祉部 高齢者支援課

千葉県君津市久保 2-13-1

（苦情相談）

千葉県社会福祉協議会・高齢者支援課

電話：0438-62-3206

千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課

電話：043-254-7426

デイサービス相談担当

生活相談員

唐鎌 利江

苦情処理第三者委員会

1) 須賀 徹

2) 中山 隆司

9. 緊急時の対応方法

利用時の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。  
また緊急連絡先に連絡いたします。

令和 年 月 日

(乙) 当事業所は、甲 1 に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲 2 \_\_\_\_\_  
に対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地：千葉県袖ヶ浦市野里 1452-4 \_\_\_\_\_

名称：瑞徳デイサービスセンター \_\_\_\_\_ 印

説明者：所属 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、甲からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲 1) 利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(甲 2) 利用者の家族 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印