

**介護予防・日常生活支援総合事業  
第1号通所事業 介護予防通所型サービス 重要事項説明書**

＜ 令和 6年 6月 1日現在 ＞

1 通所介護事業者（法人）の概要

|         |                                                                   |
|---------|-------------------------------------------------------------------|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人河内厚生会                                                       |
| 代 表 者 名 | 理事長 秋 山 義 継                                                       |
| 所在地・連絡先 | (住所) 茨城県稲敷郡河内町生板横間8907<br>(電話) 0297-84-0311<br>(FAX) 0297-84-0313 |

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

|         |                                                                 |
|---------|-----------------------------------------------------------------|
| 事業所名    | デイサービス 南三咲                                                      |
| 所在地・連絡先 | (住所) 千葉県船橋市南三咲3-27-1<br>(電話) 047-401-3666<br>(FAX) 047-401-3667 |
| 事業所番号   | 1270905696号 平成24年4月1日指定                                         |
| 管理者の氏名  | 吉田 陽子                                                           |
| 利用定員    | 30名                                                             |

(2) 事業所の職員体制

| 従業者の職種  | 人数<br>(人) | 区分        |            | 職務の内容                     |
|---------|-----------|-----------|------------|---------------------------|
|         |           | 常勤<br>(人) | 非常勤<br>(人) |                           |
| 管 理 者   | 1         | 1         |            | 管理                        |
| 生活相談員   | 2         | 1         | 1          | 相談業務、契約業務                 |
| 介護職員    | 6         | 1         | 5          | 入浴介助、食事提供介助、<br>レクリエーション等 |
| 看護職員    | 2         | 1         | 1          | 利用者様の身体管理、バイタル測<br>定、処置等  |
| 機能訓練指導員 | 1         | 1         | 1          | 身体機能の回復を目的としたリハ<br>ビリ訓練等  |
| 事務職員等   | 4         | 2         | 2          | 請求、電話対応等                  |

(3) 事業の実施地域

|         |     |
|---------|-----|
| 事業の実施地域 | 船橋市 |
|---------|-----|

\*上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日

|          |                         |
|----------|-------------------------|
| 営業日      | 営業時間                    |
| 月～土      | 8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0     |
| サービス提供時間 | 9 : 3 0 ～ 1 6 : 4 5     |
| 営業しない日   | 日曜日・1 2 月 3 0 日～1 月 3 日 |

3 利用料

サービスを利用した場合の利用料は、原則として負担割合証に応じた基本料の1割、2割または3割がご利用者様の負担額となります。ただし、介護保険の限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

【料金表】

地域区分4級地 1単位当たり 10.54 円

○通所型サービス（1月につき）

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 要支援1 1 7 9 8 単位 | 要支援2 3 6 2 1 単位 |
|-----------------|-----------------|

○通所型サービス（1月につき）

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| (週1回程度の利用)<br>事業対象者 1 7 9 8 単位 | (週2回程度の利用)<br>事業対象者 3 6 2 1 単位 |
|--------------------------------|--------------------------------|

※上記基本単位は厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改正された場合は自動的に改訂されます。なお、その場合は事前に新しい基本単位を書面でお知らせします。

○加 算（1月につき）

| 種 類                             | 利 用 料  |
|---------------------------------|--------|
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）                  | 9.0 %  |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ(1)(要支援1 事業対象者週1回) | 2 4 単位 |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ(2)(要支援2 事業対象者週2回) | 4 8 単位 |
| (算定は所定単位数に加算率を乗じた単位数)           |        |

- ・料金表の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の介護予防サービス・支援計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険料給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

#### (1) 介護保険給付対象外サービス

- 食事の提供に要する費用  
食事サービスを受ける方は、食事代が必要となります。(1回800円 おやつ代含む)
- おむつ代  
おむつを使用される方は、おむつ代の実費が別途必要となります。  
(リハビリパンツ1枚100円・オムツ1枚120円・パット1枚45円)
- その他の費用  
介護予防通所型サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。
- キャンセル料  
お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| 利用日の前日に連絡があった場合       | 無 料      |
| 利用日の当日 8 時まで連絡がなかった場合 | 食事代実費相当分 |

#### (2) 利用料等のお支払い方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、27日までにお支払いください。  
お支払い方法はお選びいただけます。

- ① 銀行口座振替 (別途振替手数料200円をご負担いただきます)
- ② 銀行口座振込 (別途振込手数料をご負担いただきます)

やむを得ない場合、現金のお取り扱いをいたしますが、①②のお支払い方法をお選びくださいますようお願いいたします。

千葉銀行 高根台支店

普通預金口座 (口座番号 3 8 1 6 7 9 8)

口座名義 社会福祉法人 河内厚生会 理事長 秋山義継

※入金確認後、領収証を発行します。

#### 4 事業所の特色等

##### (1) 事業の目的

要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことが出来るよう生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごす事ができるよう、介護予防サービスを提供する事を目的とします。

##### (2) 運営方針

事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービス提供に努めます。

##### (3) 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）は、事業者が設置する事業所（デイサービス南三咲）に通っていただき入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

##### (4) その他

| 事 項                         | 内 容                                                                                                                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護予防通所介護計画の作成<br>及び<br>事後評価 | 当事業所の生活相談員及び看護・介護職員が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて通所介護予防サービス・支援計画を作成します<br>また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告）に記載してお客様に説明の上交付します。 |
| 従業員研修                       | 年2回接遇及び感染症予防等の研修を行っています                                                                                                              |
| 避難訓練                        | 年2回                                                                                                                                  |

## 5 サービス内容に関する苦情相談窓口

|             |                                        |
|-------------|----------------------------------------|
| 当事業所お客様相談窓口 | 窓口責任者                                  |
|             | 吉田 陽子                                  |
|             | ご利用時間 8：30～17：30                       |
|             | ご利用方法 電話（047-401-3666）<br>苦情箱（施設入口に設置） |

船橋市役所・介護保険担当課 047-404-2712

千葉県運営適正化委員会（福祉サービス利用者サポートセンター） 043-246-0294

千葉県国民健康保険団体連合会・介護保険課苦情処理係 043-254-7428

## 6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、介護予防サービス・支援計画を作成した地域包括支援事業者等へ連絡をします。

|                  |  |
|------------------|--|
| 病院名<br>及び<br>所在地 |  |
|                  |  |
| 電話番号             |  |
| 主治医              |  |

|                        |     |
|------------------------|-----|
| 緊急時連絡先[家族等]<br>氏 名（続柄） | ( ) |
| 住 所                    |     |
| 電話番号                   |     |

## 7 非常災害時の対応

|            |                                      |      |         |      |
|------------|--------------------------------------|------|---------|------|
| 非常時の対応     | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います                |      |         |      |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います           |      |         |      |
|            | 設備名称                                 | 個数等  | 設備名称    | 個数等  |
|            | スプリンクラー                              | あり   | 防火扉     | 38個所 |
|            | 避難階段                                 | 7個所  | 屋内消火栓   | あり   |
|            | 自動火災報知機                              | あり   | ガス漏れ探知機 | あり   |
|            | 誘導灯                                  | 44個所 |         |      |
|            | カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています           |      |         |      |
| 消防計画等      | 船橋北消防署への届出日：平成24年7月30日<br>防火管理者：田中 明 |      |         |      |

## 8 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を確認させていただく場合があります。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。（施設内で紛失されましても責任は負えませんので、ご協力お願いします）
- 施設内での他の利用者様に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 食べ物の持ち込みはご遠慮ください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防通所型サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

説 明 者 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

|     |          |                  |
|-----|----------|------------------|
| 事業者 | 住 所      | 千葉県船橋市南三咲 3-27-1 |
|     | 事業者（法人）名 | 社会福祉法人 河内厚生会     |
|     | 施 設 名    | デイサービス 南三咲       |
|     | （事業所番号）  | 1270905696号      |
|     |          | 平成24年4月1日指定      |

代 表 者 名 秋 山 義 継

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、介護予防通所型サービスのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

代理人（選任した場合） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_