

地域密着型通所介護
デイサービスセンターいわね潮の香園
重要事項説明書

〈令和8年6月1日現在〉

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 梅香会
代 表 者 名	理事長 重城 明男
所在地・連絡先	(住所) 〒292-0812 千葉県木更津市矢那 3731-2 (電話) 0438-52-3222 (FAX) 0438-52-0145

2 事業所（ご利用施設）

施 設 の 名 称	デイサービスセンターいわね潮の香園		
所在地・連絡先	(住所) 〒292-0003 木更津市万石 146-1 (電話) 0438-53-8417 (FAX) 0438-53-8418		
事 業 所 番 号	千葉第 1271102376 号	指定年月日	平成 27 年 10 月 1 日
管 理 者 の 氏 名	管理者 明石 剛誠		
利 用 定 員	18 名		
サービス提供地域	木更津市		

3 施設の概要

食堂兼機能訓練室	1 室 (121.58 m ²)	静 養 室	1 室 (34.78 m ²)
送 迎 車 両	3 台	相 談 室	1 室 (14.49 m ²)

4 営業日、時間

営 業 時 間	8 : 30 ～ 17 : 30
サービス提供時間	9 : 00 ～ 16 : 15 (7-8 時間)
営 業 日	月曜日～土曜日 (祝日営業) ※変更がある場合があります。
定 休 日	日および年末年始 (12 月 31 日～1 月 2 日)

※変更については、文書で通知いたします。

5 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。職員配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	配置基準数	兼務	資 格 等
管 理 者	1 名	可	
生 活 相 談 員	1 名	可	社会福祉主事任用
看 護 職 員	1 名	可	看護師または准看護師
介 護 職 員	2 名	不可	介護福祉士 初任者研修
機能訓練指導員 (看護職員兼務)	1 名	可	

6 運営方針

事業所の従事者は、ご利用者の要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、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生活を営むことができるよう、さらに、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の介護および機能訓練等、その他必要な事業を行うものとします。

7 提供するサービス

- ・通所介護計画に沿って、送迎、食事提供、その他必要な介護を行います。
- ・利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日（前日が休業日の場合は金曜日の）午後5時までに事業者に出してください。
- ・利用予定日の前日午後5時までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、食費相当額をいただく場合があります。ただし、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。この場合の料金は(6)の他の料金の支払いと合わせて請求します。

8 当事業所の利用料金

サービス利用料金(1日あたり) 契約書第6条参照

別途利用料金表により、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金および加算料金から介護給付費額を除いた金額(自己負担額)と、食事に係る自己負担額をお支払いください。

介護報酬1単位当たりの単価は、地域区分(6級地)10.27円です。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料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書を発行します。サービス提供証明書および領収書は、後に利用料償還払いを受けるときに必要となります。

(1) 要介護度別のサービス単位数

地域密着型通所介護費 サービス提供時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

介護度	サービス単位
要介護 1	753 単位
要介護 2	890 単位
要介護 3	1,032 単位
要介護 4	1,172 単位
要介護 5	1,312 単位

負担割合は、1 割または 2 割または 3 割です。

お手持の介護保険負担割合証をご確認ください。

(2) 各種加算

利用中、すべてのご利用者に一律に加算(体制加算)されるものと、個々の要件に該当した場合に加算されるものがあります。

加算の種類	加算単位
通所介護入浴介助加算Ⅰ（1 日につき）	40 単位
通所介護入浴介助加算Ⅱ（1 日につき）	55 単位
通所介護個別機能訓練加算Ⅰイ（1 日につき）	56 単位
通所介護個別機能訓練加算Ⅰロ（1 日につき）	76 単位
通所介護個別機能訓練加算Ⅱ（1 月につき）	20 単位
通所介護中重度者ケア体制加算（1 日につき）	45 単位
通所介護生活機能向上連携加算Ⅰ（1 月につき）	100 単位
通所介護生活機能向上連携加算Ⅱイ（1 月につき）	200 単位
通所介護生活機能向上連携加算Ⅱロ（1 月につき） （個別機能訓練加算を算定している場合）	100 単位
通所介護認知症加算（1 日につき）	60 単位
通所介護 A D L 維持等加算Ⅰ（1 月につき）	30 単位

通所介護ADL維持等加算Ⅱ（1月につき）	60 単位
通所介護若年性認知症受入加算（1日につき）	60 単位
通所介護栄養アセスメント加算（1月につき）	50 単位
通所介護栄養改善加算（1回につき）（月2回を限度）	200 単位
通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ （1回につき）（6月に1回を限度）	20 単位
通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ （1回につき）（6月に1回を限度）	5 単位
通所介護口腔機能向上加算Ⅰ（1回につき）（月2回を限度）	150 単位
通所介護口腔機能向上加算Ⅱ（1回につき）（月2回を限度）	160 単位
通所介護科学的介護推進体制加算（1月につき）	40 単位
通所介護同一建物減算（1日につき）	-94 単位
通所介護送迎減算（片道につき）	-47 単位
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ（1回につき）	22 単位
通所介護サービス提供体制加算Ⅱ（1回につき）	18 単位
通所介護サービス提供体制加算Ⅲ（1回につき）	6 単位
通所介護サービス提供体制加算Ⅲイ（1月につき）	48 単位
通所介護サービス提供体制加算Ⅲロ（1月につき）	24 単位
介護職員処遇改善加算Ⅰ（1月につき）	所定単位数の 59／1000 加算
介護職員処遇改善加算Ⅱ（1月につき）	所定単位数の 43／1000 加算
介護職員処遇改善加算Ⅲ（1月につき）	所定単位数の 23／1000 加算
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（1月につき）	所定単位数の 12／1000 加算
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ（1月につき）	所定単位数の 10／1000 加算
介護職員等ベースアップ等支援加算（1月につき）	所定単位数の 11／1000 加算

(3) 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ

1 カ月にご利用された総単位数（要介護度別サービス費に各種加算を加えた総単位数）に、下記のサービス別加算率を乗じて算出されたものを言います。

- ・サービス別加算率 …12.5%
- ・当該加算は、すべてのご利用者に加算されます。
- ・当該加算は、区分支給限度基準額の算定対象外です。

(4) 食費

食費負担額

1 食	600 円
-----	-------

ただし、ご利用日の前日午後 5 時までに食事不要の連絡をいただいた場合は、食費はいただきません。また、急な体調不良などで当日朝 9 時までに中止のご連絡をいただいた場合も同様です。

ご連絡なくサービス中止となった場合は、食費相当額をご負担いただきます。この場合の料金は(6)の他の料金の支払いと合わせて請求します。

(5) その他の実費

- ① おむつ代、レクリエーション、また日常生活上必要となる費用等は自己負担となる場合があります。詳しくは生活相談員にお尋ねください。
- ② サービス実施記録等の複写物を請求した場合は、1 枚につき実費を負担していただきます。
- ③ 通常の事業実施地域を超えて行う通所介護サービスに要した送迎費用として、下記料金をいただきます。

料金：事業実施地域を 1 キロメートル超える毎に 10 円

☆ ①～③について、経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、事業者は、利用者に対して、変更を行う 1 ヶ月前までに文書で通知することにより、相当額に変更することができるものとします。

(6) 利用料のお支払方法(契約書第 6 条参照)

前記の料金・費用は、月末締めの上 1 カ月ごとに計算し、毎月 18 日までに前月分の請求書を発送いたします。

お支払い方法は、口座自動引落、銀行振込の 2 とおりの中からご契約の際に選べます。

① 口座自動引落による場合

ご利用者等の口座から、毎月 26 日（休業日の場合は、翌営業日）に引落を行います。

② 銀行振込による場合

毎月末日までに下記の口座にお振り込みください。

振込先

京葉銀行 木更津 支店

普通預金 口座番号 7 5 7 6 4 7 2

口座名義 社会福祉法人 梅香会 理事 重城 明男

*振込手数料はご利用者の負担となります。

- ・事業所は、料金の支払いを受けたときは、ご利用者等に対し領収証を発行します。
- ・ご利用者等が事業所に支払うべきサービス利用料金を正当な理由なく遅延した場合には、事業所は上記方法によらない支払い方法を指定します。

9 緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について

- ① ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師または歯科医師など医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じるほか、緊急連絡先に速やかに連絡いたします。
- ② 風邪、病気の場合および、当日の健康チェックの結果体調が不調の場合は、サービス内容の変更またはサービスを中止することがあります。
- ③ 緊急連絡先
 体調の変化、非常災害時、緊急の場合は次に定める緊急連絡先に連絡します。確実にご連絡がとれるよう、ご記入をお願いします。

主治医	主治医氏名	病院	科	先生
	連絡先			
ご家族	氏名			
	連絡先			
	メールアドレス	@		

10 サービス内容に関する苦情と相談

① 当事業所ご利用相談・苦情担当

苦情受付担当者 生活相談員 江野澤 和美

電話番号 0438-53-8417

② また下記の窓口で受け付けております。

木更津市役所 高齢者福祉課	所在地	木更津市朝日3丁目10番19号
	電話番号	0438-23-2630
	受付時間	9:00～17:00
袖ヶ浦市役所 高齢者支援課	所在地	袖ヶ浦市坂戸市場1-1
	電話番号	0438-62-3206
	受付時間	9:00～17:00
千葉県 国民健康保険団体連合会	所在地	千葉市稲毛区天台6-4-3
	電話番号	043-254-7318
	受付時間	9:00～17:00

11 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「地域密着型特別養護老人ホームいわね潮の香園 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「特別養護老人ホームいわね潮の香園 消防計画」にのっとり年 3 回昼間及び夜間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して行います。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>設 備 名 称</th><th>設 備 名 称</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>自動火災報知機</td><td>屋内消火栓</td></tr> <tr> <td>誘導灯</td><td>消火器</td></tr> <tr> <td>スプリンクラー設備</td><td>自動火災報知設備</td></tr> </tbody> </table> カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。	設 備 名 称	設 備 名 称	自動火災報知機	屋内消火栓	誘導灯	消火器	スプリンクラー設備	自動火災報知設備
設 備 名 称	設 備 名 称								
自動火災報知機	屋内消火栓								
誘導灯	消火器								
スプリンクラー設備	自動火災報知設備								
消防計画等	木更津消防署への届出日：令和 6 年 4 月 1 日 防火管理者：佐生 祐一								

12 業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

- (1) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (2) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

13 衛生管理等

指定地域密着型通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

- (1) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (2) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

14 身体拘束について

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。
ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

15 高齢者虐待の防止について

事業者は、利用者等の権利擁護・高齢者虐待の防止等のために、次に掲げるとおり当該法人の虐待防止のための指針に基づき必要な措置を講じます。

- (1) 権利擁護、高齢者虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	(管理者 明石 剛誠)
-------------	--------------

- (2) 高齢者虐待防止・早期発見のための検討を行います。
- (3) 従業者に対し権利擁護、高齢者虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

16 介護現場におけるハラスメント対策について

事業者は、職場におけるセクシャルハラスメントやパワーハラスメント(以下「職場におけるハラスメント」という)の防止等のために、次に掲げるとおり次に掲げるとおり当該法人規程に基づき必要な措置を講じます。

- (1) ハラスメント対策に関する責任者を選定しています。

ハラスメントに関する責任者	(法人本部事務局 佐生 祐一)
---------------	-----------------

- (2) 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し従業員に周知・啓発し研修を実施しています。
- (3) 相談・苦情に応じ適切に対応するために必要な体制整備を行っています。なお、相談への対応のためにあらかじめ担当者と窓口を定め、労働者に周知しています。
- (4) ハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為(カスタマーハラスメント)の防止のための取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための対応(メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等)及び③被害防止のための取組(研修の実施、職種業態などに応じた)を行っています。

17 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) ご利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。
- (2) 個人情報の取扱いに関するご利用者からの苦情については、苦情処理体制に基づき適正かつ迅速に対応するものとします。

指定通所介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 千葉県木更津市万石 146-1

施設名 地域密着型通所介護

デイサービスセンターいわね潮の香園

(事業所番号) 千葉第 1271102376 号

代表者名 理事長 重城 明男

説明者 職 名 生活相談員 _____

氏 名 江野澤 和美 _____

私は、本書面により、事業者から重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

署名代行者（又は法定代理人）

住 所 _____

氏 名 _____

(利用者との続柄) _____