

地域密着型通所介護 重要説明書

(令和 年 月 日現在)

1. サービスについての相談窓口

電 話 0476-29-5278 (午前9時 ～ 午後5時まで)

担 当 デイサービスセンター長寿園 生活相談員
西 條 博 幸

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. デイサービスセンター長寿園の概要

(1) サービスの種類と地域

名 称	デイサービスセンター長寿園
所 在 地	千葉県成田市長沼字長津1600
介護保険指定番号	地域密着型通所介護 (千葉県第1271600114号)
サービスを提供する対象地域	成田市の区域とする。但し、当該市町村の同意を得た上で、他の市町村が当該事業所を地域密着型通所介護として指定すれば、他の市町村の被保険者が利用する事も可能である。

(2) 職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	専従の者1名以上
看護職員	1名以上
介護職員	専従の者1名以上
機能訓練指導員	1名以上

(3) 設備の概要

定 員	15 名	静 養 室	1 室
食堂兼機能訓練室	1 室 145.86 m ²	相 談 室	1 室
浴 室	一般浴槽と特殊浴槽	送 迎 車	2 台

(4) 営業時間

月 ～ 金	午前10時15分 ～ 午後 3時30分
土・日・祝日・年末年始は休業となります。	

3 サービス内容

- ① 送 迎 ・ 車椅子専用のリフトカーを使用しているのので、歩けない方でも安心してご利用になれます。
デイサービスセンター長寿園以外でのサービス提供を行う場合でも施設に戻ってからの送迎となります。
- ② 食 事 ・ 常食が食べられない方でも、粥食、きざみ食等をご用意できます。
- ③ 入 浴 ・ 一般浴のほか機械浴も対応できます。
- ④ 生活相談等

4 料 金

(1) 利用料金

①地域密着型通所介護利用料

介護区分	1日あたりの利用料	介護保険適用時の 自己負担額
要介護度 1	6, 5 7 0 円	6 5 7 円
要介護度 2	7, 7 6 0 円	7 7 6 円
要介護度 3	8, 9 6 0 円	8 9 6 円
要介護度 4	1 0, 1 3 0 円	1, 0 1 3 円
要介護度 5	1 1, 3 4 0 円	1, 1 3 4 円

- ②送迎代 一日あたりの利用料に含まれます。但し、居宅と事業所との間の送迎を行わない場合は片道につき47単位を減算します。

- ③入浴費 1回あたり 40単位

- ④若年性認知症受入加算
若年性認知症利用者に対して地域密着型通所介護を行った場合1回あたり60単位

- ⑤サービス提供体制強化加算Ⅰ
10年以上の勤続年数の介護福祉士が25%以上配置されている場合。
1回あたり 22単位

- ⑥介護職員等処遇改善加算Ⅰ
利用者に介護サービスを提供する介護職員の処遇改善を図るため、賃金改善や職場環境改善を目的に創設された加算。
(1月につき +所定単位×92/1000)

- ⑦科学的介護推進体制加算
介護サービスの質と評価を科学的介護の取り組みを推進し、介護サービスの質の向上を目的に創設された加算。
40単位 / 月

⑩地域区分

※ 地域区分とは、介護報酬単位数を金額に換算する為、物価水準や賃金の地域格差を考慮した地域毎の単位数単価をいいます。

サービス種類	成田市	単価
地域密着型通所介護	4級地	10,54円

⑪介護保険負担割

平成27年度介護保険法の改正により、平成27年8月1日から一定以上所得者の方が介護（介護予防）サービスを利用したときの自己負担割合が1割から2割又は3割へ変更されます。

⑫昼食代

1食あたり 770円

⑬理美容サービス

サービス提供時間外においての理美容サービスは自己負担となります。

⑭その他

上記の他、おむつ代レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

(1) キャンセル料

お客様の都合でサービスを中止する場合、キャンセル料はかかりませんがご利用日当日の午前9時までにご連絡下さい。

(2) 支払い方法

利用料は原則口座振替とさせていただきます。毎月10日を目途に前月分の請求書を郵送させていただきます、27日（休日の場合は翌営業日）に引き落としとなります。尚、領収書につきましては口座振替完了後、請求書と共に郵送させていただきます。

5 特 徴 等

(1) 運営方針

利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行い、心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものとする。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図りながらサービスの提供に努めるものとする。

(2) その他

- ・男性介護職員 (有) 同性介護を行います。
- ・従業員への研修の実施 (有) 年一回以上を実施しています。

6 サービス利用に当たっての留意事項

- ① 体調確認
- ② 体調不良によるサービスの中止、変更
- ③ 食事のキャンセル
- ④ 利用時間の変更

7 緊急時の対応

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主 治 医	医師・医院名	
	連絡先	
	住 所	
ご 家 族	氏 名 (1)	(続柄)
	連絡先	
	氏 名 (2)	(続柄)
	連絡先	

8 非常災害対策

- ・防災時の対応 防災訓練のマニュアルにもとづいて対応します。
- ・防災設備 消防法に基づいた消防設備を完備しています。
- ・防災訓練 年3回消防署立ち会いのもと非常災害に関する具体的な計画を立て定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っています。
- ・防火責任者 西 條 博 幸

9 サービス内容に関する苦情

① ご利用者相談・苦情担当

担当者 西 條 博 幸 電 話 0 4 7 6 - 2 9 - 5 2 7 8

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。

成田市 高齢者福祉課 0 4 7 6 - 2 0 - 1 5 3 7
介護保険課 0 4 7 6 - 2 0 - 1 5 4 5
千葉県国民健康保険団体連 0 4 3 - 2 5 4 - 7 4 2 8

10 運営推進会議の設置

年2回地域との連携や運営の透明性を確保する目的で運営推進会議を開催します。

11 概 要

法人種別・名称 社会福祉法人浅間の杜
代表者役職・氏名 理事長 浅 野 學
本部所在地・電話番号 千葉県成田市長沼字長津1600
0 4 7 6 - 3 7 - 1 0 6 1
定款の目的に定めた事業 特別養護老人ホーム
老人短期入所事業
老人デイサービス事業

令和 年 月 日

地域密着型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 重要な事項を説明しました。

事業者
所在地 千葉県成田市長沼字長津 1 6 0 0
名 称 デイサービスセンター長寿園

説明者（職名）

_____（氏名） 印

私は、契約書および本書面により、事業者から地域密着型通所介護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

（身元引受人）

住 所 _____

氏 名 _____ 印（続柄）