

通所介護重要事項説明書
 <令和 7年 3月 31日現在>

1 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 04-7196-5588 (午前 9 時～午後 5 時まで)

担当 高倉 大介

※ご不明な点は、何でもおたずねください。

2 デイサービスセンター関宿ナーシングビレッジの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

施設名	デイサービスセンター関宿ナーシングビレッジ
所在地	千葉県野田市桐ヶ作 6 6 6 番地
介護保険指定番号	通所介護 (千葉県 1273700029 号)
サービスを提供する対象地域	野田市にお住まいの方

(2) 同センターの職員体制

職種	常勤換算	業 務
管理者	1 名	事業所の運営管理、勤務管理等
生活相談員	1 名	ご家族・ご利用者、介護支援専門員等との相談業務全般。介護業務補助。
介護職員	3 名以上	ご利用者の介護業務全般。
看護職員	1 名	ご利用者の健康管理業務先般。
機能訓練指導員	0. 2 名	機能訓練に係る業務全般

(3) 同センターの設備の概要

定員	月曜日から土曜日 25 名	静養室	1 室
食堂兼機能訓練室	1 室 176.34 m ²	相談室	1 室
浴 室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	送迎車	3 台

(4) 営業時間

月～土	午前 8 : 30～午後 5 : 30
-----	---------------------

※緊急連絡先電話

04-7196-5588

3 サービス内容

- ①生活指導及び相談 レクリエーション
- ②機能訓練
- ③養護
- ④健康チェック
- ⑤送迎
- ⑥入浴サービス
- ⑦栄養相談
- ⑧給食サービス

4 サービス料金

<基本料金>

月曜日から土曜日（午前 9 時 30 分～午後 4 時 30 分）※下記の料金は、収入により 2 割負担、3 割負担の場合がございます。

サービス区分	要介護状態区分	利用料	介護保険適用時の自己負担額(1 割相当額)
予防	要支援 1	¥ 18,968/月	¥ 1,897/月
予防	要支援 2	¥ 39,118/月	¥ 3,912/月
介護	要介護度 1	¥ 6,757/回	¥ 676/回
介護	要介護度 2	¥ 7,979/回	¥ 798/回
介護	要介護度 3	¥ 9,243/回	¥ 925/回
介護	要介護度 4	¥ 10,506/回	¥ 1,051/回
介護	要介護度 5	¥ 11,789/回	¥ 1,179/回

<加算料金>

(各サービス共通)

(自己負担分)

- ・昼食代 530 円 (1 あたり)
- ・その他、レクリエーションやオムツ代、パット代、介護保険以外にかかる費用等は自己負担となります。

(総合サービス) ※1 割相当額 (2 割、3 割相当額は料金表参照にて)

- ・生活機能向上グループ活動加算 1 月あたり 103 円
- ・運動器機能向上加算 1 月あたり 231 円
- ・科学的介護推進体制加算 1 月あたり 52 円
- ・栄養アセスメント加算 1 月あたり 52 円
- ・口腔機能向上加算 (I) 1 月あたり 154 円
- ・口腔機能向上加算 (II) 1 月あたり 165 円
- ・選択的サービス複数実施加算 I
 - 運動器機能向上及び栄養改善 1 月あたり 493 円
 - 運動器機能向上及び口腔機能向上 1 月あたり 493 円
 - 栄養改善及び口腔機能向上 1 月あたり 493 円
- ・選択的サービス複数実施加算 II
 - 運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上 1 月あたり 719 円
- ・事業所評価加算 1 月あたり 124 円
- ・サービス提供体制強化加算 (I)
 - 要支援 1 1 月あたり 91 円
 - 要支援 2 1 月あたり 181 円
- ・サービス提供体制強化加算 (II)
 - 要支援 1 1 月あたり 74 円
 - 要支援 2 1 月あたり 148 円
- ・サービス提供体制強化加算 (III)

要支援 1	1月あたり	25 円
要支援 2	1月あたり	50 円
・介護職員処遇改善加算 I	月の合計単位数の 1000 分の 59 に相当する単位数×10.27 円×0.1	
・介護職員処遇改善加算 II	月の合計単位数の 1000 分の 43 に相当する単位数×10.27 円×0.1	
・介護職員処遇改善加算 III	月の合計単位数の 1000 分の 23 に相当する単位数×10.27 円×0.1	
・介護職員等特定処遇改善加算 I	法廷代理受領分の 1 割の額の 1.2%	
・介護職員等特定処遇改善加算 II	法廷代理受領分の 1 割の額の 1.0%	
・介護職員等ベースアップ等支援加算	法廷代理受領分の 1 割の額の 1.1%	

(介護サービス) ※1 割相当額 (2 割、3 割相当額は料金表参照にて)

・入浴介助加算 I	1回あたり	41 円
・個別機能訓練加算 I (イ)	1日あたり	58 円
・個別機能訓練加算 I (ロ)	1日あたり	78 円
・個別機能訓練加算 II	1日あたり	21 円
・科学的介護推進体制加算	1月あたり	41 円
・栄養アセスメント加算	1月あたり	52 円
・サービス提供体制強化加算 I	1回あたり	22 円
・サービス提供体制強化加算 II	1回あたり	19 円
・サービス提供体制強化加算 III	1回あたり	7 円
・介護職員処遇改善加算 I	月の合計単位数の 1000 分の 59 に相当する単位数×10.27 円×0.1	
・介護職員処遇改善加算 II	月の合計単位数の 1000 分の 43 に相当する単位数×10.27 円×0.1	
・介護職員処遇改善加算 III	月の合計単位数の 1000 分の 23 に相当する単位数×10.27 円×0.1	
・介護職員等特定処遇改善加算 I	法廷代理受領分の 1 割の額の 1.2%	
・介護職員等特定処遇改善加算 II	法廷代理受領分の 1 割の額の 1.0%	
・介護職員等ベースアップ等支援加算	法廷代理受領分の 1 割の額の 1.1%	

※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 1 日あたりの利用料金を頂き、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野田市の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(2) キャンセル規定

お客様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。

ご利用日の当日午前 9 時までにご連絡いただいた場合	無 料
ご利用日の当日午前 9 時までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料の 20 %

※ご利用日が休日前の場合にご注意ください。

(3) 支払方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、翌月 20 日以内にお支払ください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。お支払方法は、口座振替のみになります。

5 当センターのデイサービスの特徴

(1) 法人理念及び運営方針

- 〈法人理念〉
- 一、人間としての尊厳を尊ぶ
 - 二、社会との連帯を重んじる

〈運営方針〉

当センターでは、居宅で身体が弱く家の中で過ごすことの多い方や、寝たきりや痴呆性の老人を昼間だけお預かりし、専門的な介護を行なうとともに、利用者及びご家族の QOL 向上を援助することを目的としています。

そのため、利用者の持つ残存能力を生かすお手伝いをしながら、必要な部分について介護していくことで、自立を促すとともに、利用者個々の持つ多様性に着目し自己を尊重し個別的な援助を継続して行なうことで、利用者の支援に努めます。

(2) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
男性職員の有無	○	
従業員への研修の実施	○	
サービスマニュアルの作成	○	
その他		

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡
- ・体調確認
- ・体調不良等によるサービスの中止・変更
- ・食事のキャンセル
- ・時間変更
- ・設備、器具の利用

6 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合には、市、家族、緊急連絡先、担当の居宅介護支援事業所、管理者に連絡をし、必要な措置を講じます。

- ① 事故報告書にて職員周知を行い、事故の原因を解明し、事故防止マニュアルの設備や研修を開催するなど事故防止に努めます。
- ② 事故の状況及び採った措置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。
- ③ 必要に応じて保険者、県等の指導助言を仰ぎます。

7 緊急時の対応方法

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	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

8 非常災害対策

- ・防災時の対応 施設防災対策計画に基づく
- ・防災設備 消防法に基づく認可済み
- ・防災訓練 年 3 回
- ・防災責任者 野口 佳春

9 ハラスメントの防止

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に取り組みます。

- ① 事業所内において優越的な関係を背景とした言動や業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びご家族等が対象となります。

- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

10 虐待防止について

事業者は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の設備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- ① 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- ② 当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- ③ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ④ 事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。 役職 施設長 氏名 野口 佳春

11 感染症対策について

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 当該従業者等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③ 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おおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
- ④ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ⑤ 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。

12 業務継続に向けた取り組みについて

- ① 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通所介護の提供を継続的に実施するための、及び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。
- ② 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。
- ③ 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 従業者の質の確保

事業者は従業者の資質向上を図るため、その研修の機会を確保します。

2 事業者は、利用者に対する介護に直接携わる従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。

14 サービス内容に関する苦情

- ① 当センターご利用者相談・苦情担当

担当 生活相談員

電話 04-7196-5588

- 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。

15 当社の概要

名称・法人種別	社会福祉法人佰和会	
代表者役職・氏名	理事長 野口 佳春	
本部所在地	千葉県野田市桐ヶ作 666 番地	
電話	04-7196-5588	
定款の目的に定めた事業	<ol style="list-style-type: none"> 1 特別養護老人ホーム関宿ナーシングビレッジの設置経営 2 特別養護老人ホーム横浜ナーシングビレッジの設置経営 3 老人デイサービス事業（関宿ナーシングビレッジ） 4 老人短期入所事業（関宿ナーシングビレッジ） 5 老人短期入所事業（横浜ナーシングビレッジ） 6 地域包括支援センター（関宿ナーシングビレッジ） 7 居宅介護支援事業（ケアプランセンター関宿ナーシングビレッジ） 8 居宅介護支援事業（ケアプランセンター横浜ナーシングビレッジ） 9 その他これに付随する事業 	
施設・拠点等	特別養護老人ホーム	2 カ所
	通所介護	1 カ所
	短期入所生活介護	2 カ所
	地域包括支援センター	1 カ所
	居宅介護支援センター	2 カ所

令和 年 月 日

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	千葉県野田市桐ヶ作 666 番地		
名 称	デイサービスセンター 関宿ナーシングビレッジ		
説明者	生活相談員	高倉 大介	印

私は、契約書及び本書面により、事業者から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
(代理人)	住 所		
	氏 名		印