

**社会福祉法人 長寿の里**  
**鎌ヶ谷翔裕園デイサービスセンター 重要事項説明書**  
(令和 8 年 4 月 1 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 047-498-5716

担当 生活相談員 田中 裕香

※ ご不明な点は、何でもお尋ねください。

**2. 鎌ヶ谷翔裕園デイサービスセンターの概要**

**(1) 提供できるサービスの種類と地域**

事業所名	鎌ヶ谷翔裕園デイサービスセンター
所在地	千葉県鎌ヶ谷市初富字東野 848 番地 10
介護保険指定事業者番号	通所介護・第 1 号通所事業 (千葉県 1272900133 号)
サービスを提供する地域	鎌ヶ谷市全域

**(2) 当センターの職員体制**

	運営基準人員
管理者	1 名
生活相談員	1 名
機能訓練指導員	1 名以上 (看護師と兼務)
看護師	1 名以上
介護職員	7 名以上

**(3) 当センターの概要**

定員	45 名	静養室	1 室 1 床
食堂兼機能訓練室	1 室 180.438 m <sup>2</sup>	相談室	1 室
浴槽	一般浴槽 特殊浴槽	送迎車	5 台

**(4) 営業時間**

月曜日～土曜日	午前 8 時 30 分 ～ 午後 6 時 30 分
---------	---------------------------

**(5) サービス提供時間**

月曜日～土曜日	午前 9 時 30 分 ～ 午後 4 時 45 分
---------	---------------------------

**(6) 定休日**

① 日曜日	② 12 / 31 ~ 1 / 2
-------	-------------------

### 3. サービス内容

- |                         |           |
|-------------------------|-----------|
| ① 生活相談（相談援助等）           | ⑤ 健康状態の確認 |
| ② 機能訓練（日常動作訓練）          | ⑥ 送迎      |
| ③ 介護サービス（移動や排泄の介助、見守り等） | ⑦ 入浴      |
| ④ 介護方針の指導               | ⑧ 食事      |

### 4. 料金

#### ① デイサービス利用料（サービス提供時間 7 時間以上 8 時間未満）

鎌ヶ谷市 第 1 号通所事業（地域加算及び介護職員処遇改善加算を含む）

（単位：円）

介護度	利用料	一割		二割		三割	
		介護保険 負担分	自己 負担額	介護保険 負担分	自己 負担額	介護保険 負担分	自己 負担額
要支援 1	20,160	18,144	<b>2,016</b>	16,128	<b>4,032</b>	14,112	<b>6,048</b>
要支援 2	40,607	36,546	<b>4,061</b>	32,485	<b>8,122</b>	28,424	<b>12,183</b>

※ 第 1 号通所事業は月額となります

#### 介護予防通所介護相当サービス加算

（単位：円）

加算	利用料	一割		二割		三割	
		介護保険 負担分	自己 負担額	介護保険 負担分	自己 負担額	介護保険 負担分	自己 負担額
通所型サービス提供体制加算Ⅱ 1	811	729	<b>82</b>	628	<b>163</b>	567	<b>244</b>
通所型サービス提供体制加算Ⅱ 2	1,621	1,450	<b>162</b>	1,289	<b>323</b>	1,128	<b>484</b>
通所型科学的介護推進体制加算	451	405	<b>46</b>	360	<b>91</b>	315	<b>136</b>
通所型口腔機能向上加算Ⅰ	1,684	1,515	<b>169</b>	1,347	<b>337</b>	1,178	<b>506</b>
通所型口腔機能向上加算Ⅱ	1,797	1,617	<b>180</b>	1,437	<b>360</b>	1,257	<b>540</b>

#### 通所介護（地域加算及び介護職員処遇改善加算を含む）

（単位：円）

介護度	利用料	一割		二割		三割	
		介護保険 負担分	自己 負担額	介護保険 負担分	自己 負担額	介護保険 負担分	自己 負担額
要介護 1	7,055	6,349	<b>706</b>	5,644	<b>1,411</b>	4,938	<b>2,117</b>

要介護 2	8,339	7,505	<b>834</b>	6,671	<b>1,668</b>	5,837	<b>2,502</b>
要介護 3	9,653	8,687	<b>966</b>	7,722	<b>1,931</b>	6,757	<b>2,896</b>
要介護 4	10,988	9,889	<b>1,099</b>	8,790	<b>2,198</b>	7,691	<b>3,297</b>
要介護 5	12,303	11,072	<b>1,231</b>	9,842	<b>2,461</b>	8,612	<b>3,691</b>

通所介護加算

(単位：円)

加算	利用料	一割		二割		三割	
		介護保険 負担分	自己 負担額	介護保険 負担分	自己 負担額	介護保険 負担分	自己 負担額
入浴介助加算 Ⅰ	451	405	<b>46</b>	360	<b>91</b>	315	<b>136</b>
入浴介助加算 Ⅱ	616	554	<b>62</b>	492	<b>124</b>	431	<b>185</b>
個別機能訓練 加算(Ⅰ)イ	626	563	<b>63</b>	500	<b>126</b>	438	<b>188</b>
個別機能訓練 加算(Ⅰ)ロ	852	766	<b>86</b>	681	<b>171</b>	596	<b>256</b>
中重度ケア体 制加算	503	452	<b>51</b>	402	<b>101</b>	352	<b>151</b>
サービス提供 体制強化加算 Ⅱ	205	184	<b>21</b>	164	<b>41</b>	143	<b>62</b>
個別機能訓練 加算Ⅱ(月額)	225	202	<b>23</b>	180	<b>45</b>	157	<b>68</b>
科学的介護推 進体制加算(月 額)	451	405	<b>46</b>	360	<b>91</b>	315	<b>136</b>
ADL維持等加算 Ⅰ(月額)	338	304	<b>34</b>	270	<b>68</b>	236	<b>102</b>
ADL維持等加算 Ⅱ(月額)	677	609	<b>68</b>	541	<b>136</b>	473	<b>204</b>
口腔機能向上 加算Ⅰ(月額) ※2回まで	1,684	1,515	<b>169</b>	1,347	<b>337</b>	1,178	<b>506</b>
口腔機能向上 加算Ⅱ(月額) ※2回まで	1,797	1,617	<b>180</b>	1,437	<b>360</b>	1,257	<b>540</b>

※ 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

※ 入浴介助加算、中重度者ケア体制加算、個別機能訓練加算Ⅰ、口腔機能向上加算Ⅰは算定を伴うサービスの利用をされた場合に算定されます。

※ 科学的介護推進体制加算、個別機能訓練加算Ⅱ、ADL維持等加算（Ⅰ・Ⅱ）、口腔機能向上加算Ⅱは厚生労働省に科学的介護情報システム（LIFE）を通じてお客様の基本的な情報を提供された場合に算定されます。

☆地域加算として鎌ヶ谷市は1単位10.27円となります。

☆利用料金について、サービス総単位数に所定の加算率を掛ける事により、一円未満の四捨五入や切捨てを行う為、利用日数等によって若干の誤差を生じる場合があります。

☆通所型サービス提供体制加算及びサービス提供体制強化加算（Ⅱ）（介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50パーセント以上の場合に加算）につきましては条件を満たさなくなった場合は事業者からの説明により除くものとします。

☆介護職員処遇改善加算（介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設された加算）は、介護サービス総利用料に対して9.2%をかけた金額となります。またこの加算は、例外的かつ経過的な取り扱いの加算の為、廃止や停止・変更となる場合は、事業者からの説明により変更とします。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、介護保険負担割合証に記載のある変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

## ②実費

食材料費及び食事の提供に要する費用として、1食あたり800円の料金がかかります。

（食材料費 480円 食事の提供に要する費用 320円）

介護保険適用の場合でも、保険料の延滞等により、法定代理受理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、在住の市町村窓口提供しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

## 5. 支払方法

利用料金は月末締とし、2週間以内に請求をいたしますので、請求書受理月末日までに（銀行・郵便局自動払込）にて、お支払ください。

### 【銀行・郵便局自動払込】

自動払込利用申込書に必要事項をご記入、ご捺印頂き担当にお渡しく下さい。

毎月の自動払込に掛かる手数料は、ご利用者様負担となります。

## 6. 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。

ただし、やむを得ない事情については、この限りではありません。

ご利用日の前営業日午後6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8時30分までにご連絡いただいた場合	利用料の30% 食費代相当500円

ご利用日の当日午前 8 時 30 分までにご連絡がなかった場合	利用料の 100% 食材費 800 円
---------------------------------	------------------------

※ 同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

※ 都合、体調不良等の理由に関わらず、利用日の当日午前 8:30 までにキャンセルの連絡がない場合、又はご来園後、体調不良等で途中退園され、昼食を召し上がっていない場合は食事代を頂くことになります。

## 7. サービスの利用方法

### (1) 初回利用時お持ち頂く物

- ・ 介護保険証
- ・ 負担割合証
- ・ 健康保険証
- ・ 現在服薬中のお薬の情報（初回以降も服薬内容が変更ごとにご持参下さい）

### (2) 利用ごとにお持ち頂く物

- ・ 連絡帳（1 回目の利用時にお渡します。）
- ・ 衣類、下着等（入浴される方、必要な方はご持参下さい。）
- ・ 上履き（ズック靴等、滑らない物、履き慣れた物。）
- ・ ビニール袋
- ・ 食前、食後薬（薬を飲まれている方はお持ち下さい。）
- ・ 歯ブラシ、歯みがき粉（昼食後の口腔ケアをご希望の方）

### (3) その他の留意点

- ・ 貴重品、食料品の持ち込みはご遠慮願います。
- ・ 所持品については、名前をご記入下さい。  
（無記名の物に関してはこちらで記名をさせて頂く場合がございます）
- ・ 喫煙は所定の場所でお願ひします。
- ・ 飲酒してのご利用はご遠慮下さい。

## 8. 当センターのサービスの基本理念等

### (1) 基本理念

1. 『家族主義』をモットーとした基本理念で、利用者のご満足と笑顔を励みに努力致します。
2. 利用者の生活の質の向上  
利用者一人ひとりのニーズと意志を尊重し、可能性の実現と生活の質の向上に努めます。
3. 公平・公正な施設運営の遵守

利用者の生活と人権を擁護するため、自己点検を強化し、公平・公正な開かれた施設運営に努めます。

4. 従業者の資質・専門性の向上

常に誠意をもって質の高いサービスが提供できるよう、自己研鑽に励み、専門性の向上に努めます。

5. 国際的視野での活動

諸外国との交流を促し、国際的視野にたち、相互の理解を深め、高齢福祉の進展に努めます。

**(2) サービス利用のために**

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	有	
従業者への研修の実施	有	介護の質の向上のため、随時、園内、園外の研修を行なっております。
サービスマニュアルの作成	有	マニュアルの作成により、いつでも質の高い介護を保證します。
時間延長の有無		その都度、相談に応じます。

**9. 身元引受人**

当施設では原則として身元引受人を定めていただきます。身元引受人の主な責任は以下のとおりです。

- ① 事業者に対する経済的債務
- ② 入院等に関する手続き、費用負担
- ③ 契約終了後のご契約者の受け入れ先の確保
- ④ ご契約者が死亡した場合のご遺体および遺留品の引き取り等の処理

**10. 当施設運営方針**

**○ 秘密保持と個人情報の保護について**

鎌ヶ谷翔裕園およびその従業員は、サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

また鎌ヶ谷翔裕園では、広報誌やインターネットのホームページにて、家族や地域へ向けた施設全体の広報活動を行っています。その際、利用者本人の顔写真及び名前

を掲載することがあります。ただし掲載を控えたい場合はこの限りではなく、申し出により掲載を拒否することができます。

## ○ 感染症対策体制について

施設において感染症または食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ① 施設内における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する「感染症対策委員会」の設置と責任者を選任します。委員会は3月に1回程度の定期と必要時は随時に開催し、その結果について全職員に周知徹底を図ります。
- ② 施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のためのマニュアルを整備し、感染症対策についての研修を定期的実施します。

## ○ 高齢者虐待防止について

鎌ヶ谷翔裕園では、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に向けて、「高齢者虐待防止委員会」の設置と責任者を選任します。
- ② 利用者等の権利擁護として、成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備し、適切かつ迅速な解決につとめます。
- ④ 従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。また従業員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えます。

## ○ 身体拘束について

鎌ヶ谷翔裕園では、ご契約者または他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除いて、ご契約者に対して身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。身体拘束のないケアの推進に向け、各職種の担当者等で構成する「身体拘束廃止委員会」の設置と指針の整備を行い、責任者を選任して身体拘束適正化の為の対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、その結果を定期的な研修等を通して職員に周知徹底を図ります。

身体拘束等を行う場合には、身体拘束廃止委員会において、緊急やむを得ない場合（切迫性・非代替性・一時性の要件を満たす場合）に該当するかどうか十分検討します。

緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その理由、方法、拘束の時間等をご契約者やご家族にできる限り詳しく説明し、実施した時は記録します。また、早期解除に向けて、必要性や方法を検討する会議を適宜開催すると共に、職員に対して周知徹底をします。

## 11. 非常災害対策

### ① 災害時の対応

災害時の対応マニュアルを作成し、職員に周知徹底しております。

### ② 防災設備

当センターは、消防法第17条の技術上の基準に適合しております。

③ 防災訓練

昼夜双方を想定した防災訓練を2回以上実施しております。

④ 防火責任者

1名以上

## 12. サービス内容に関する相談・苦情

通所介護サービス・介護予防通所介護サービスに関する相談、要望、苦情は下記までお申し出ください。

### ① 当センターお客様相談・苦情受付窓口

担当 生活相談員 田中 裕香  
電話 047-498-5716

### ② 苦情解決責任者

担当 管理者 荒川 由美子  
電話 047-498-5716

### ③ 第三者委員

担当 当法人評議員 石井 益美  
当法人評議員 高橋 範子

### ④ 行政機関その他苦情受付機関

鎌ヶ谷市役所 健康福祉部 高齢者支援課  
電話 047-445-1141(代表)

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

## 13. 当センターの概要

名称・法人種別 社会福祉法人 長寿の里  
鎌ヶ谷翔裕園デイサービスセンター  
代表者名 理事長 神成 裕介  
所在地 千葉県鎌ヶ谷市初富字東野 848 番地 10  
電話 047-498-5716

定款の目的に定める事業

### (1) 第1種社会福祉事業

- (イ) 特別養護老人ホームの経営
- (ロ) 軽費老人ホームの経営

### (2) 第2種社会福祉事業

- (イ) 老人短期入所事業の経営 (ショートステイサービス)
- (ロ) 老人デイサービス事業の経営 (デイサービスセンター)

(ハ) 老人居宅介護等事業の経営

**(3) 公益事業**

(イ) 居宅介護支援事業所

**14. 利用者等の意見を把握する体制及び第三者による評価の実施状況等について**

**(1) 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況…なし**

実施した年月日	なし
当該結果の開示状況	なし

**(2) 第三者による評価の実施状況…なし**

実施した年月日	なし
実施した評価機関の名称	なし
当該結果の開示状況	なし

**15. 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、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族等へ連絡をいたします。

緊急連絡先①	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号	自宅 / 携帯		
緊急連絡先②	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号	自宅 / 携帯		

主治医	病院 診療所名	
	医師名	
	住所	
	電話番号	

緊急搬送先 病院名	
-----------	--

通所介護サービス・介護予防通所介護サービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者

<事業者名> 社会福祉法人 長寿の里  
鎌ヶ谷翔裕園デイサービスセンター  
<住所> 千葉県鎌ヶ谷市初富字東野 848 番地 10  
<説明者> 職名 生活相談員  
氏名 田中 裕香 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービス・介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

<住所> .....

<氏名> ..... 印

身元引受人

<住所> .....

<氏名> ..... 印

(契約者との続柄 )

成年後見人

<住所> .....

<氏名> ..... 印