

介護予防日常生活支援総合事業通所介護・通所介護

重要事項説明書

令和6年12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

担当者：生活相談員 小川 香里

管理者：小川 香里

電話：043-460-5775

FAX：043-460-5776

対応時間：午前9：00～午後5：00

※ご不明な点は、どの様なことでもお尋ね下さい。

2. デイサービスセンターちとせの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	デイサービスセンターちとせ
所在地	千葉県佐倉市生谷75-10
介護保険指定番号	第1271700500号(介護・介護 予防日常生活支援総合事業)
サービスを提供する対象地域	佐倉市・四街道市

(2) 同センターの職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1		1
生活相談員 (その他兼務)	1 (1)		1 (1)
看護師 (その他兼務)		(2)	(2)
機能訓練指導員 (その他兼務)	2		2
介護職員 (その他兼務)	3 (2)	5 (1)	8 (3)

(3) 同センターの設備の概要

定員	35名	静養室	1室
食堂	1室	機能訓練室	1室
浴室	一般浴槽 特殊浴槽	送迎車	6台 (軽自動車を含む)

(4) 営業時間

年末年始（12月31日～1月2日）を除く月曜日～土曜日

午前 9：00～ 午後 4：15

※祝日の月曜日～土日も営業しております。

3. サービス内容

- ① 健康チェック・入浴
- ② 日常生活動作のサポート
- ③ 食事（口腔体操）
- ④ 身体の状況に合わせた個別機能訓練
- ⑤ マシンを使ったパワーリハビリテーション
- ⑥ レクリエーション
- ⑦ 屋外歩行
- ⑧ 送迎

4. 料金

(1) 別紙参照

(2) 支払い方法

毎月10日から前月分の請求書をお渡しいたします。

お支払い方法は、現金集金・振込み・引き落としとさせていただきます。

現金集金・振込みの方は、当月の20日までにお支払い下さい。

引き落としの方は、当月20日に引き落としがかかりますので、ご準備下さい。20日に引き落としがかからなかった場合は、月末日に再度引き落としがかかります。

【振込み先】

①千葉銀行 佐倉支店 (普) 3375198
社会福祉法人 千歳会 理事長 左 敬真

②京葉銀行 うすい支店 (普) 4656211
社会福祉法人 千歳会 デイサービスセンターちとせ
理事長 左 敬真

【引き落とし】

ゆうちょ銀行 記号10540 番号56550431
名義 社会福祉法人 千歳会
理事長 左 敬真

5. サービスの利用方法

市町村窓口で「要介護認定」を申請します。心身の状態などをみる為に、調査員が聞き取り調査に来た後、要支援・要介護認定の通知が届きます。その後、自分に合ったサービスを受けるためにケアプランを作成します。そのケアプランに基づいてサービス（デイサービス）を利用します。

6. 当センターのデイサービスの特徴

(1) 介護予防日常生活支援総合事業通所介護（要支援）

要支援状態等になったご利用者が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日常生活を営むことができるよう、通所介護計画書に基づき必要な日常生活上の支援等を行い、要支援状態の維持もしくは改善ができ、要介護状態になることを予防します。

(2) 通所介護（要介護）

ご利用者のADL（日常生活動作）や精神状態に応じたサービスを提供することで、QOL（生活の質）の向上や社会的孤立感を解消します。そして、趣味や特技を活かした幅広いレクリエーション活動の展開及び心身機能の維持向上を目指し、充実した生活を営むことができるように支援します。また、ご家族の身体的、精神的な負担を軽減できるように配慮します。

(3) サービス利用にあたっての留意事項

送迎時間について	朝8：20～8：50の間にお伺いいたします。ご自宅内でお待ち下さい。
体調確認	ご利用当日の朝、必ず体調をご確認下さい。 体調に不安を感じる場合は、職員にご相談ください。
サービスの中止	体調不良等により、欠席をする場合は、 利用日前日の16：00までにご連絡下さい。 その時間を過ぎますとキャンセル料が発生します（昼食代・おやつ代相当）。 風邪等の体調不良の場合は、サービス提供をお断りすることがあります。ご了承下さい。
時間の延長	行っておりません。
その他	① 現金や貴重品等は持ち込まない ようお願いします。 紛失等された場合の、一切の責任は負えません のでご了承下さい。 ② ご利用者同士の金品・物品のやり取り・買い物の依頼等 は、トラブルの原因となりますので、 禁止 とさせていただきます。 ③ 飲食物（アメ等も含む）の持ち込み は、事故防止や衛生管理上 禁止 しております。

7. サービス提供記録について

(1) 提供したサービスについては、その都度「サービス提供記録」に記

録し、その控えをご利用時に交付します。

(2) また、この記録は2年間保存することとします。

8. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) ご利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び事業所の使用する者は、サービス提供をする上で知りえたご利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

(2) 個人情報の使用・提供に関する注意事項について

事業者は、前項の規定にかかわらず、ご利用者及び家族の個人情報を以下のために、最小限の範囲内で使用・提供・または収集します。

①ご利用者に関わる介護予防通所介護計画や通所介護計画等の立案や円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議での情報提供

②介護予防支援事業所・通所介護事業所との連絡調整

③お客様が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医の意見を求める必要がある場合

④お客様の容態の変化にともない、緊急連絡を必要とする場合

(3) 個人情報の使用及び提供期間は、サービス提供の契約期間に準じます。

9. 緊急時の対応方法

サービス提供中に様態の変化等があった場合は、ご家族に連絡の上、主治医・救急隊・親族・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者に連絡いたします。

主治医	病院名	
	診療科名	
	主治医氏名	
	電話番号	
連絡先①	ご家族氏名 (続柄)	()
	電話番号	
②	ご家族氏名	()
	電話番号	

10. 非常災害対策

①消防計画等の周知を徹底し、災害発生時にはその基本内規に基づいて、難誘導及び消火活動等を行います。

- ②地震・火災等の予期せぬ事態に、お客様及び職員等が安全かつ迅速に対応できるよう年2回の総合避難訓練を実施します。
- ③防災管理者による建築物及び消防設備等の自主検査を年2回実施し、また消防用設備等も法定点検検査を実施します。
- ④震災に備えて防災倉庫を設置し、医薬品、ラジオ等の備品及び器具を準備しております。

11. サービス内容に関する苦情

(1) 当センターご利用相談・苦情担当

生活相談員：小川 香里

※担当者不在の場合でも、他の職員が対応いたします。

※各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

電話 043-460-5775

FAX 043-460-5776

(受付時間：午前 8：15～午後 5：15)

(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。

市町村名	担当部署	電話番号
佐倉市	高齢者福祉課	043-484-1771
四街道市	福祉サービス部	043-421-6127
	高齢者支援課	043-421-6128
国民保険連合会	介護保険課	043-254-7428

12. 当社の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 千歳会
代表者役職・氏名	理事長 左 敬真
所在地	千葉県千葉市稲毛区萩台町50-1 特別養護老人ホームちとせ稲毛
電話番号	043-445-7840
定款に定めた事業	

目的

この社会福祉法人は、福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、または社会・経済・文化その他あらゆる分野に参加する機会を与えられるとともに、その環境・年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助することを目的として、次の社会福祉事業を行う。

事業 (1) 第1種社会福祉事業

- ・軽費老人ホーム ケアハウスちとせ
- ・軽費老人ホーム ケアハウスこまち墨田館

- ・特別養護老人ホーム ちとせ小町
- ・特別養護老人ホーム ちとせ稲毛
- ・特別養護老人ホーム ちとせ北本

(2) 第2種社会福祉事業

- ・老人デイサービス事業 (ちとせ・ちとせ小町)
- ・居宅介護支援事業 (ちとせ)
- ・老人居宅介護等事業 (ちとせ)

拠点等

- ・軽費老人ホーム ケアハウス 2箇所
- ・特別養護老人ホーム 3箇所
- ・介護予防通所介護・通所介護 1箇所
- ・地域密着型通所介護 1箇所
- ・居宅介護支援事業 1箇所
- ・訪問介護事業 1箇所

介護予防通所介護・通所介護の提供開始にあたり、ご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。

令和 年 月 日

事業者

所在地 千葉県佐倉市生谷75-10

名称 社会福祉法人 千歳会

デイサービスセンターちとせ

管理者 小川 香里 印

説明者

所属 デイサービスセンターちとせ

氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防通所介護・通所介護について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 _____ 印

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(続 柄: _____)