

エクセルシオール佐原デイサービス重要事項説明書

1. 事業者の概要

法人名	株式会社エクセルシオール・ジャパン
法人所在地	〒274-0054 千葉県船橋市金堀町582-1
代表者名	代表取締役 作田 雄太
連絡先	047-457-8511

2. 事業所の概要

介護保険事業所番号	地域密着型通所介護 1278900129 香取市 2021年7月1日指定 介護予防・日常生活支援総合事業 1278900129 香取市 2024年4月1日指定
名称	エクセルシオール佐原デイサービス
所在地	〒287-0816 千葉県香取市佐原字後州ハ4491
管理者名	菅澤 弘美
連絡先	0478-50-3171(電話) 0478-50-3062(FAX)
運営方針	利用者の心身の特性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て自立した日常生活を営むことができるよう、又利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の援助その他必要な介護を行う。さらに、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

3. 営業日・営業時間

営業日	毎日(土曜日、日曜日、祝日を含む)
休業日	年末年始(12月30日～1月3日)
営業時間	午前8:30～午後5:30
サービス提供時間	午前9:30～午後4:30

4. 職員の配置

	tu		資格など
管理者	1名以上	常勤兼務1名	介護支援専門員 ヘルパー2級
生活相談員	1名以上	常勤1名 常勤兼務1名	介護福祉士
介護職員	1名以上	常勤1名 常勤兼務1名 非常勤2名	介護福祉士 介護職員初任者研修
看護職員	1名以上	非常勤2名	看護師
機能訓練指導員	1名以上	常勤1名 非常勤4名	作業療法士 理学療法士

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

介護保険法に基づく地域密着型通所介護または介護予防・日常生活支援総合事業
通所型サービスを提供いたします。

<サービス内容>

I 地域密着型通所介護

(1)入浴	一般浴または機械浴による入浴の介助を行います。
(2)食事	当事業所併設の厨房にて、昼食および おやつの提供を致します(費用は料金表に掲載)。
(3)日常生活上 必要な介護	日常生活の上で必要な移動、排泄、着脱衣などの行為 について、個別計画を基に適切な介護を提供します。
(4)送迎	原則として、利用者のご自宅まで当施設の送迎車両で 送迎致します。
(5)健康チェック	利用時に看護職員による血圧・体温測定等の健康チェック を行います。
(6)機能訓練 (日常動作訓練)	日常的動作訓練を集団レクリエーションを中心に行います。
(7)相談・助言	日常生活上の相談に応じて、必要な助言を致します。
(8)介護方法の指導	利用者の家族や介護者に対して適切な介護方法を指導 及び助言致します。

Ⅱ 介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス

(1)入浴	入浴に必要な支援を致します。
(2)食事	当事業所併設の厨房にて、昼食およびおやつの提供を致します(費用は料金表に掲載)。
(3)日常生活上 必要な支援	日常生活の上で必要な移動、排泄、着脱衣などの行為について、個別計画を基に適切な支援致します。
(4)送迎	原則として、利用者のご自宅まで当施設の送迎車両で送迎致します。
(5)健康チェック	利用時に看護職員による血圧・体温測定等の健康チェックを行います。
(6)機能訓練 (日常動作訓練)	日常的動作訓練を集団レクリエーションを中心に行います。
(7)相談・助言	日常生活上の相談に応じて、必要な助言を致します。
(8)介護方法の指導	利用者の家族や介護者に対して適切な支援方法を指導及び助言致します。

※利用者に関する連絡事項は配布する連絡帳への記載または文書などでお知らせ致します。

<サービス利用料金(1回)>

別添の利用料金表に掲載。介護区分に応じて設定された介護保険自己負担額を毎月計算して請求致します。食費やおむつ代など、介護保険相当分以外の費用は使用した分別途請求致します。

基本的なサービス利用料金は、①基本料金②加算③その他(食費やおむつなど)を合計した金額となります。

6. 健康上の理由による中止

以下の場合、サービスを中止する場合があります。

(1)利用者が体調不良の場合

(2)当日の健康チェックによりサービスの提供が困難と判断した場合、家族に連絡の上適切に対処致します。

(3)サービス提供中に体調が悪くなった場合、サービスを中止して家族に連絡の上適切に対処致します。必要に応じて救急搬送や主治医への連絡を取るなどの措置を講じます。

＜緊急連絡先＞

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

＜主治医＞

医療機関名	
担当医名	
住所	
電話番号	

7. キャンセル

利用前日の午後5時までにキャンセルの場合は無料です。以後のキャンセルは原則として有料(760円)となります。但し、前項6. 健康上の理由による中止の場合は、適用外となります。

キャンセル時の連絡先 0478-50-3171

8. 相談・要望・苦情の窓口について

エクセルシオール佐原デイサービスに関する相談・要望・苦情等は、下記にお問い合わせ下さい。

(1)施設内相談窓口

苦情相談責任者	管理者
苦情相談担当者	生活相談員
電話番号	0478-50-3171
受付時間	毎日 午前8:30～午後5:30(12月30日～1月3日を除く)

(2)施設外相談窓口

第三者機関名	千葉県国民健康保険団体連合会
電話番号	043-254-7428
受付時間	月～金 午前9:00～午後5:00(祝日は除く)

(3)施設外相談窓口

第三者機関名	香取市役所 高齢者福祉課
電話番号	0478-50-1208
受付時間	月～金 午前8:30～午後5:15(祝日、12月29日～1月3日は除く)

9. 損害賠償責任保険

加入保険	三井住友海上火災保険株式会社 「福祉事業者総合賠償責任保険」
------	-----------------------------------

10. 第三者評価の実施状況

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

上記の内容に付説明を受け、了承致します。

年 月 日

利用者名 ⑩

代理人氏名 ⑩ (続柄)

事業者名	株式会社エクセルシオール・ジャパン
代表者名	代表取締役 作田 雄太
住所	千葉県船橋市金堀町582番地1
事業所名	エクセルシオール佐原デイサービス
事業所所在地	千葉県香取市佐原字後州ハ4491
電話番号	0478-50-3171
FAX	0478-50-3062

利用料金表

2026年9月1日現在

I 地域密着型通所介護費（要介護の方）

①基本料金（利用時間 7時間以上8時間未満）		（送迎費を含む）
要介護度	単位数	利用者負担額 ※1割負担の場合
要介護1	753単位／日	753円／日
要介護2	890単位／日	890円／日
要介護3	1,032単位／日	1,032円／日
要介護4	1,172単位／日	1,172円／日
要介護5	1,312単位／日	1,312円／日

②加算

加算名	単位数	利用者負担額 ※1割負担の場合
入浴介助加算Ⅰ	40単位／日	40円／日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位／日	18円／日
生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位／月 （個別機能訓練加算を算定する場合は100単位／月）	200円／月 （個別機能訓練加算を算定する場合は100円／月）
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20単位／回 （6ヶ月に1回を限度）	20円／回 （6ヶ月に1回を限度）
科学的介護推進体制加算	40単位／月	40円／月
個別機能訓練加算Ⅰイ	56単位／日	56円／日
個別機能訓練加算Ⅰロ	76単位／日	76円／日
個別機能訓練加算Ⅱ	20単位／月	20円／月
ADL維持等加算Ⅰ	30単位／月	30円／月
入浴介助加算Ⅱ	55単位／日	55円／日
栄養アセスメント加算	50単位／月	50円／月
栄養改善加算	200単位／回 （月2回を限度）	200円／回 （月2回を限度）
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位／回 （月2回を限度）	160円／回 （月2回を限度）
感染症または災害の発生により利用者数が一定以上減少した場合の加算	減少が生じた月の翌々月から3ヶ月間に限り基本料金の3%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ（ロ）	基本料金に各種加減算を加えた1月当たりの総単位数（総額）の12.7%	

Ⅱ 介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス（要支援および事業対象者の方）

①基本料金

（送迎費および入浴費を含む）

区分	単位数	利用者負担額 ※1割負担の場合
要支援1、事業対象者	1,798単位／月	1,798円／月
要支援2、事業対象者	3,621単位／月	3,621円／月

②加算

加算名	単位数	利用者負担額 ※1割負担の場合
サービス提供体制強化加算Ⅱ	(要支援1、事業対象者) 72単位／月 (要支援2、事業対象者) 144単位／月	(要支援1、事業対象者) 72円／月 (要支援2、事業対象者) 144円／月
生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位／月	200円／月
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20単位／回 (6ヶ月に1回を限度)	20円／回 (6ヶ月に1回を限度)
科学的介護推進体制加算	40単位／月	40円／月
栄養アセスメント加算	50単位／月	50円／月
栄養改善加算	200単位／回 (月2回を限度)	200円／回 (月2回を限度)
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位／回 (月2回を限度)	160円／回 (月2回を限度)
介護職員等処遇改善加算Ⅰ（□）	基本料金に各種加減算を加えた1月当たりの総単位数（円）の12.7%	

※Ⅰ Ⅱとも、法定代理受領の場合は上記の金額が利用者の自己負担額となります。

自己負担割合が2割または3割の場合はそれぞれ上記の金額の2倍または3倍の額となります
但し、利用者負担の減免あるいは公費負担がある場合などは、それに応じて金額が変わります

※利用時間が7時間未満の場合は上記から減額になることがあります。

③ その他

食費（おやつ含む）	760円／日（非課税）
おむつ（尿取パッド）	22円／枚
おむつ（紙パンツ）	77円／枚
おむつ（フラットタイプ）	25円／枚
おむつ（テープ式）	76円／枚
実施地域外の交通費	車両を使用し、実施地域を超え片道1 km毎に176円（税抜160円、税16円）
通常時間を超える時間帯の利用料	1 時間毎に1,760円
レクリエーション材料費	上限180円
特別材料費	実費（特別にイベントを開催する際の材料費）
特別料理提供費	実費（特別にイベントを開催する際の材料費）