

【久喜市指定管理】
久喜市偕楽荘デイサービスセンター
通所介護重要事項説明書(通常規模型)
〈 年 月 日 現在〉

1. 借楽荘デイサービスセンターの概要(第4条)

(1) 施設の名称及び所在地等

施設名称	久喜市借楽荘デイサービスセンター		
所在地	〒346-0038 久喜市上清久930番地		
電話番号	0480-21-0307		
FAX 番号	0480-21-1764		
介護保険指定番号	埼玉県 1170900722		
サービスを提供する対象地域 *	① 久喜市 (旧栗橋町を除く)	② 加須市	
	* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。		

(2) 営業時間

8:30~17:30 (日曜日から金曜日) *休業:土曜日、1月1日から1月4日まで
--

(3) サービス時間

日曜日から金曜日(祝日提供) 9:25 ~ 16:30 (ただし、毎週土曜日と、年始の1月1日から1月4日は休業となります。)
--

(4) 同センターの設備の概要

定員	20名 (介護予防通所介護相当サービス利用者も含む)	静養室	1室
食堂・機能訓練室	1室	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(4)台

※ 送迎車 () については併設の養護老人ホームから一時的に借りた場合

(5) 同センターの職員体制

		常勤	非常勤	計	業務内容
管理者		1名		1名	サービス管理全般
生活相談員		名		名	生活上の相談等
看護・介護職員	看護師	名	名	名	医療・健康管理業務等 機能訓練指導員(兼務)
	准看護師	名	名		
	介護福祉士	名	名	名	日常介護業務等
	1~2級終了者 ※	名	名	名	
	その他	名	名	名	

※ 厚生労働省の定めるホームヘルパー養成研修1級課程および2級課程の修了者

2. サービスの利用のために

(1) 利用日

毎月、利用者と介護支援専門員（ケアマネジャー）との打ち合わせにより作成された月間計画に基づいて決定いたします。また、計画作成後の追加利用の申し出があった場合にも定員数分の予約を確認のうえご利用いただけます。

3. 利用料金(第6条)

●介護保険適用分

(地域区分別1単位の単価(6級地) 10,27円)

サービス内容	介護度	費用額(10割)	利用者負担額		
			1割	2割	3割
通所介護費	要介護1	6,757円	676円	1,352円	2,028円
	要介護2	7,979円	798円	1,596円	2,394円
	要介護3	9,243円	925円	1,849円	2,773円
	要介護4	10,506円	1,051円	2,102円	3,152円
	要介護5	11,789円	1,179円	2,358円	3,537円

●加算*加算についてはすべての介護度共通です (地域区分別1単位の単価(6級地) 10,27円)

サービス内容	費用額(10割)	利用者負担額		
		1割	2割	3割
入浴介助加算(I)	410円	41円	82円	123円
個別機能訓練加算(I)イ	575円	58円	115円	173円
口腔機能向上加算(I)	1,540円	154円	308円	462円
サービス提供体制強化加算(I)	225円	23円	45円	68円
事業所が送迎を行わない場合	- 482円	- 49円	- 97円	-145円
科学介護推進体制加算	410円	41円	82円	123円
介護職員等処遇改善加算(I)	1月あたりの総利用単位数 × 92 / 1000			

●加算内容

加算名	内 容
入浴介助加算	計画を作成し、実際に入浴介助を行った場合に加算されます。なお、入浴中の観察や転倒予防のための声かけ、気分の確認等を行う場合も算定させていただきます。
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目的 現在の個々の身体機能を最大限に使い、生活機能の維持・向上を図り、各ご家庭において可能な限り自立して暮らし続けることができるよう個別機能訓練計画を作成します。 2. 個別機能訓練計画書作成方法 機能訓練指導員（看護師）・介護職員・生活相談員が共同して個々の目標・実施時間・実施方法等を検討及び評価を行います。 3. 個別機能訓練実施方法 同じような目標を持ち、同様の訓練内容が計画された5人程度以下（個別対応含む）のグループに対し機能訓練指導員（看護師）が指導させていただきます。 4. 実施時間 個別機能訓練計画に定めた訓練内容に必要な1回あたりの時間を考慮し設定いたします。なお、継続的に実施いたしますので、おおむね週1回以上行います。 5. 記録・その他 開始時及びその後3カ月ごとに1回以上、利用者またはそのご家族に対して、自宅を訪問し、訓練内容の確認と訓練の進捗状況をご説明させていただき記録いたします。なお、評価内容や達成の度合いにつきましては担当の介護支援専門員等に適宜報告させていただきます。ご承知おきください。
口腔機能向上加算	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目的 口腔機能の維持及び向上を目的といたします。 2. 口腔機能改善管理指導作成書作成方法 利用開始時に看護師が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、看護職員、介護職員、生活相談員が共同して作成いたします。 3. 口腔機能改善管理指導実施方法 対象の方の口腔の状態を確認したのち、自発性、歯磨き、義歯着脱、うがいを計画書に沿って促し、その後（口腔ケア後）の口腔内の状態をあらためて確認いたします。 4. 実施時間 口腔機能改善管理指導作成書に定めた課題に沿って時間を設定いたします。

	<p>5. 記録その他</p> <p>3カ月ごとに口腔機能の状態等を評価し、その結果を担当の介護支援専門員や必要に応じて主治医等に情報提供いたします。ただし、3月以内の期間に限り、1月に2回を限度として算定いたします。評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については引き続き算定いたします。</p>
サービス提供強化体制助算（I）	通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。
科学的介護推進体制助算	<p>1. 入所者・利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。</p> <p>2. 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。</p>
介護職員処遇改善加算（I）	介護職員の賃金の改善等を実施し基準に適合している場合に算定します。なお、当デイサービスセンターは介護職員処遇改善加算 I を算定いたします。
介護職員等特定処遇改善加算（I）	介護職員等の賃金の改善等を実施し基準に適合している場合に算定します。なお、当デイサービスセンターは介護職員等処遇改善加算は I を算定いたします。

※厚生労働省から介護保険制度の改正が発表され「介護保険適用分の単位数および加算に変更が生じた場合」は、その内容を書面でお知らせし、3・4 ページの書面を差し替えて重要事項説明書と致します。

●介護保険適用外

通常提供	昼食代	653 円（1食あたり）	合計	全額 自己負担
	おやつ代	132 円（1食あたり）	785 円	
	趣味の教室創作等に係る費用	材料購入ごとに実費		
特別提供	行事・プログラムに係る費用	参加者募集通知にて、昼食代等の参加費をお知らせいたします。 参加者；通知の額 実費		

●介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金をいただき、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市町村の介護保険担当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。

●利用料金の支払い方法

毎月10日前後に前月分の請求をいたします。請求書を受け取った月末までのご利用日に原則現金にてお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収証を発行いたします。

4. キャンセル規定(第7条3項)

●お客様のご都合でサービスを中止する場合、キャンセル料がかかります。

(1) 利用日の当日午前8時30までにご連絡いただいた場合	無料
(2) 利用日の当日午前8時30までにご連絡がなかった場合。または、利用日の当日、お迎えに伺った時点でのキャンセルの場合	785円

●ご利用中におけるサービス提供の中止の場合

・本人、ご家族のご都合や体調不良による途中中止の場合	785円
----------------------------	------

5. サービス利用契約の終了

(ア) 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合（第9条）

サービスの終了を希望する際は文書でお申し出ください。また、当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合や守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当施設が破産した場合についても、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

(イ) 当施設の都合でサービスを終了する場合（第9条2項・3項）

人員不足などやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

また、利用者が、サービス利用料金の支払いを30日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内に支払いがない場合や、利用者が連絡をせずサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業員もしくは他の利用者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座に契約を終了させていただくことがあります。

(ウ) 自動終了（第9条4項）

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合。
(ただし、3ヶ月以内に介護保健施設を退所する場合は、双方の合意のもとで本契約を継続することができます。)
- ・ 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援1・2と認定された場合
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合

6. 相談・苦情の対応(第14条)

当施設は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する利用者の要望・苦情等に対し、迅速に対応します。

苦情等のご相談は下記個所で実施していますので、ご利用ください。

久喜市偕楽荘 デイサービス	苦情解決窓口	生活相談員	大野 稚恵	0480-21-0307
	苦情解決責任者	管理者	塩崎 守	
久喜同仁会 (法人)	第三者委員		榎本恭子 委員	0480-21-2023
			橋本久雄 委員	0480-21-2745
市町村窓口	久喜市 介護保険課			0480-22-1111
	住所： 久喜市下早見85番地の3			

市町村窓口	加須市高齢介護課	0480-62-1111
	住所； 加須市三俣2丁目1番地1	
国民健康保険 団体連合会	介護保険課 苦情対応係	048-824-2568
	住所； さいたま市中央区大字下落合1704番地 (国保会館)	

7. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有 無

8. 個人情報に関する同意書(10条)

個人情報保護法により当法人の個人情報保護に関する基本方針と利用目的に従って個人情報を取り扱います。別紙【個人情報利用目的】をご確認のうえ、同意をお願いいたします。

9. 健康上の理由によるサービス利用の中止(第7条1項、2項・第12条・第13条)

- 体調が悪くお休みをされる場合は当日8時30分までにご連絡ください。
- 風邪などのご病気の際は、サービスのご利用をご遠慮いただく場合がございます。また、当日の健康チェックの結果体調が悪いと思われる場合、ご利用中に体調が悪くなった場合はサービス内容の変更またはサービスの提供を中止し、その際はこの書式の6ページに記入していただいた【緊急連絡先】の内容に基づき、ご家族にご連絡を差し上げると同時に、速やかに対応させていただきます。なお、必要に応じて主治医、救急隊、担当ケアマネジャー等へ連絡を取るなど、必要な措置を講じます。
緊急連絡先にご連絡した際に不在の場合は緊急対応後の事後報告になることもございますのでご了承ください。
- 入院など長期お休みの際は、その旨ご連絡ください。
- 退院後または長期お休みのあとの利用再開時はあらためて細かな身体状況や服薬の内容等をお聞きいたしますのでご協力ください。

10. 事故発生時の対応

- 送迎時またはご利用中に事故が発生した場合は、重要事項説明書に記載いただいている第一連絡先、第二連絡先の方にご連絡差し上げます。
- 身体状況に応じてご家族と相談の上、受診対応させていただきます。
- 身体状況に応じて救急搬送を要請する場合があります。(緊急時につきご家族には要請後に連絡する場合がありますがご了承ください。)
- 事故の状況に応じて迅速な対応をさせていただく上でご家族にもご協力を仰ぐ場合もありますが、ご了承ください。

11. その他

- 喫煙を希望される方(主治医より体調等を理由に止められている方は除く)は1階正面玄関横の喫煙所で喫煙することもできます。防火管理上、空き缶や携帯灰皿を利用した喫煙所以外での喫煙は禁止いたします。
- 様々なお身体の状況の方がご利用になります。利用者同士の物品のやりとりは大きなトラブルになるだけでなく、事故や、病気の悪化を招く原因になる場合がございますのでおやめください。
- 食事やおやつに出された食物については食中毒防止の観点から持ち帰ることはご遠慮ください。
- 治療食等については事前にお話を伺い、出来る限りデイサービスセンターでご用意できるよう努めますが、デイサービスセンターでご用意できない食事内容の場合、ご相談の上ご家庭よりお持ちいただくこともできます。この場合の昼食代785円はいただきません。
- ご家庭内からの嗜好品(漬物や家庭料理等)につきましては様々なお身体の状況の方がご利用になりますので、持ち込みはご遠慮ください。
- デイサービスセンターご利用時の飲酒はできません。ご協力ください。

	利用者名	
第1連絡先	フリガナ	ご利用者との関係
	氏名	
	住所	
	電話	携帯電話
	※ 番号を変更された際には、早急にご連絡をお願いいたします。	
	その他連絡先 (会社など)	
第2連絡先	フリガナ	ご利用者との関係
	氏名	
	住所	
	電話	携帯電話
	※ 番号を変更された際には、早急にご連絡をお願いいたします。	
	その他連絡先 (会社など)	

●主なかかりつけ医

病院名		病院名	
医師名		医師名	
電話		電話	

通所介護の提供にあたり、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	説明者
所在地 埼玉県久喜市北青柳 1364 番地 名称 社会福祉法人 久喜同仁会 久喜市偕楽荘デイサービスセンター 印	久喜市偕楽荘デイサービスセンター生活相談員 氏名 _____ 印

年 月 日

私は、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同意しました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理記載者)

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 _____ 印