

**【久喜市指定管理】**

**久喜市偕楽荘デイサービスセンター  
久喜市介護予防通所介護相当サービス**

**重要事項説明書**

〈            年    月    日    現在 〉

## 1. 偕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	久喜市偕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 *	久喜市(旧栗橋町を除く)	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 (通所介護利用者も含む)	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

地域包括支援センター又は地域包括支援センターより委託を受けた介護支援専門員(ケアマネジャー)の作成した「介護予防サービス・支援計画表」に基づき、本人の意向をふまえ、利用日を決定いたします。また、決定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)

#### ●予防給付適用分

(地域区分別1単位の単価(6級地) 10,27円)

		費用額(10割)	利用者負担額		
			1割	2割	3割
介護予防通所介護相当サービス介護費	要支援1	18,465円/月	1,847円/月	3,693円/月	5,540円/月
	要支援2	37,187円/月	3,719円/月	7,438円/月	11,157円/月

#### ●加算

(地域区分別1単位の単価(6級地) 10,27円)

	費用額(10割)	利用者負担額			
		1割	2割	3割	
口腔機能向上加算(I)	1,540円/月	154円/月	308円/月	462円/月	
科学的介護推進体制加算	410円/月	41円/月	82円/月	123円/月	
サービス提供体制強化加算(I)	要支援1	903円/月	91円/月	181円/月	271円/月
	要支援2	1,807円/月	181円/月	362円/月	543円/月
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
口腔機能向上加算(I)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 目的 口腔機能の維持及び向上を目的といたします。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>5. 記録その他 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。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。</li> </ol>
科学的介護推進体制加算	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>
サービス提供体制強化加算(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70%以上であること。要支援1または2によって単位数が違います。
介護職員等処遇改善加算(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、介護職員等処遇改善加算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するとともに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。

●予防給付適用外

通常提供	昼食代	653円 (1食につき)	合計 785円	全額 自己負担
	おやつ代	132円 (1食につき)		
	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		

●予防給付適用の場合でも、保険料の滞納等により予防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。

●おむつ代（紙パンツ、パット等も含む）：持参忘れの場合などは実費となります。

#### 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分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分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、やむを得ない事由により施設を閉鎖または縮小する場合は、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、要介護1～5と認定された場合

・要介護認定区分が非該当（自立）と認定され、かつ基本チェックリストにも該当しないこととなった場合

・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 高齢者福祉課			0480-22-1111
	住所：久喜市下早見85番地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【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かじめ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態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。

●ご家族連絡先（緊急連絡先）

		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	久喜市偕楽荘デイサービスセンター生活相談員
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	氏名 _____ 印

年 月 日

私は、本書面により、事業者から介護予防通所介護相当サービス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