

介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業重要事項説明書

令和7年12月1日 現在

1 担当者（デイサービス管理者・生活相談員）

電話 048-949-4126（8時～17時まで）

2 社会福祉法人緑風会デイサービスセンターしいの木の郷の概要

施設名称	社会福祉法人緑風会デイサービスセンターしいの木の郷
所在地	埼玉県三郷市番匠免 1-314
管理者	社会福祉法人緑風会 理事長 篠田實
介護保険指定番号	埼玉県1171200288号
サービス提供区域	三郷市（区域外の方はご相談ください）
地域区分	6級地（10.27円）
実施単位・定員	1単位 ・ 5名（最大）

3 同センターの職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1名		サービス管理全般	1名
生活相談員	1名		利用、生活上の相談業務など	1名
機能訓練指導員		2名	機能回復訓練など	2名
看護師		1名	医療、健康管理業務など （機能訓練指導員兼務）	1名
准看護師		2名		2名
介護福祉士	4名	2名	日常介護業務など	6名
ヘルパー資格他	1名			1名
その他		3名	送迎業務全般	3名
事務職員	1名		一般事務、利用料請求など	1名

4 同センターの設備概要

定員	通所介護18名中5名まで	静養室	3室3床
食堂兼機能訓練室	1室 142.2㎡	相談室	1室
浴室	一般浴槽・特殊浴槽	送迎車	3台

5 サービス提供時間

月～土	午前9時～午後4時
休日	日曜日・12月29日～1月3日

6 サービス内容

①第一号通所サービス計画書の立案・作成

介護予防サービス計画書又は介護予防マネジメントに基づき、利用者又はご家族と共に立案、決定、作成します。同意を得た上で、計画に基づいたサービスの提供を行います。

②身体介護

日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。

③食 事

給食を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供します。

食事の好み等希望の聴取、準備、配膳下膳の援助、その他必要な食事の支援など

④入 浴

入浴を希望する利用者に対して、必要な入浴のサービスを提供します。

衣類着脱の介助、身体の清拭、洗身、整髪、その他必要な入浴の介助など。

⑤送 迎

送迎を必要とする利用者に対して、送迎のサービスを提供します。送迎車両にはサービス従業者が添乗し、必要な援助を行います。

⑥日常動作訓練

体力や身体機能の低下を防ぐために、必要な訓練及び日常生活に必要な基本動作を維持・向上するための訓練を行います。日常生活動作を通じた訓練、レクリエーションを通じた訓練、器具を使用した訓練を身体状況及び利用者の希望に応じて行います。

⑦アクティビティ・サービス

利用者が生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることができるように、集団での創作活動、レクレーション等の機能訓練を行います。これらの活動を通じて仲間作り、老いや障害の受容、心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒安定などを図ります。

⑧相談・助言

利用者及びご家族の日常生活における介護等に関する相談、助言を行います。

7 サービスの利用頻度

基本的に1週間に2回を限度とします。利用する曜日や内容等については介護予防サービス計画・介護予防マネジメントに沿いながら、利用者との協議の上決定します。

8 利用料金

*お支払い頂く利用料金は(別紙利用料金表)にてご説明させて頂き、同意を頂くものとします。
介護保険関係法令の改正により利用料金が増額となる場合は都度ご説明をし、同意をいただくものとします。

*本サービスの利用料は月額定額制とします。以下の各号に該当する場合は原則日割り計算となります。

- 一 月途中で利用開始、または利用終了となった場合
- 二 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 三 月途中で要支援から要介護に変更となった場合

*月途中で要支援度が増額となった場合には「日割り計算」により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

*事業者が行う行事と第一号通所サービスが重なり、第一号通所サービスが休日もしくは実施できなかった場合でも、振り替え等の措置は行わないものとします。

*次の各号に掲げる費用について別途、支払いを受けることができるものとします。

- 一 次に定める通常事業の実施区域を越えて行う送迎に要する費用
区域を越えた地点から片道10km未満 1,000円
区域を越えた地点から片道10km以上 3,000円
- 二 通常の時間を越え第一号通所サービスを受ける場合 1時間/1,500円
キャンセル料

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。

①利用日の前日17時までにご連絡いただいた場合	無料
②利用日の当日8時までにご連絡いただいた場合	1日の利用料の50%
③利用日の当日8時までにご連絡がなかった場合	1日の利用料の100%

※計算方法は「日割り計算」によるものとします。①②実費無し。③は実費含む。

利用者様のご都合により早退された場合の割引等はありません。

支払い方法

・毎月、月締め翌月請求とさせていただきます。請求月の月末までにお支払い下さい

①口座振替

指定口座登録後、月末引き落としとなりますので残高のご確認をお願い致します。

①利用者ご本人様が施設に料金をお持ち頂く。

到着時、もしくは時間のあるときに事務所に直接お支払い下さい。

②ご家族様が事務所に料金をお支払い頂く。

平日、午前10時から午後5時までにお越しいただき事務所に直接お支払い下さい。

③指定口座にお振込み頂く。

下記の口座にお振込み下さい。手数料はご家庭でのご負担となります。

振込先銀行名	埼玉りそな銀行 三郷支店
口座番号	普通預金 4015838
口座名義	通所介護施設 しいの木の郷 施設長 篠田 実

1 1 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険がおよぶことが考えられる時は、利用者家族に説明した上で、次に掲げることに留意して必要最小限の範囲内で行うことがあります。

- ①緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限る
- ②非代替性：身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことを防止することができない場合に限る
- ③一時性：利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます

1 2 非常災害対策について

- ・ 事業者には災害に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ・ 非常災害時の関係機関への通報等を整備し、定期的に避難誘導救出訓練を行います。

1 3 衛生管理について

- ・ 当該事業者用に供する施設、食器、その他の設備又は飲水について衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じます。
- ・ 当該事業者において感染症が発生し、まん延しないように必要な措置を講じます。
- ・ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言・指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

1 4 緊急時の対応

ご利用中に容体に変化等があった場合、病状の急変が生じた場合、主治医等に連絡する等必要な処置を講じるほか、ご家族様にご連絡の上、適切に対応します。

緊急連絡先 ①	
住 所	
氏 名	
電話番号	
続 柄	
緊急連絡先 ②	
住 所	
氏 名	
電話番号	
続 柄	
主 治 医	
病院又は診療所名	
医 師 名	
住 所	
電話番号	

1 5 事故発生時の対応方法について

- ・利用者に対する第一号通所サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係るサービス支援事業所等に連絡・報告を行うとともに必要な措置を講じるものとします。
- ・利用者に対する第一号通所サービスが提供する送迎により、賠償すべき事故等が発生した場合には速やかに損害賠償を行います。

※法令遵守のため、緊急連絡先および主治医欄につきましては、必ずご記入頂きますようお願い致します。

16 相談、要望、苦情等の窓口

介護予防通所介護に関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者もしくは下記窓口までお申し出ください。

☆ サービス相談・苦情窓口 ☆

1 デイサービスセンターしいの木の郷

電話番号 048-949-4126

(受付時間 9時から17時まで)

担当 : 通所施設生活相談員もしくは管理者

☆ 相談苦情窓口（その他） ☆

2 小坂 秀史 (第三者委員)

電話番号 048-952-1558

3 大塚 節子 (第三者委員)

電話番号 048-992-5511

4 三郷市役所 介護保険課

電話番号 048-930-7792

5 埼玉県国民健康保険団体連合会

電話番号 048-824-2568 (苦情相談専用)

※この契約の履行等に関する相談や苦情につきましては、通所施設生活相談員のほか、第三者委員、介護保険証を発行した市区町村、国民健康保険団体連合会の窓口でも受け付けております。

17 当事業所では物品商品等、利用者間の受け渡しや職員への金品の授受はお断りしています。衛生・健康管理上の理由ですが、万一これらの事由が原因でトラブルが発生しても当事業所では責任を負いかねます。

18 本契約に定めのない事項

本契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議の上、定めます。

19 この契約を証するため、本書2通を作成し、利用者・事業者が署名押印し、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日 ()

事業者は、サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面において重要な事項を説明し、同意を得ました。

事業者

所在地 埼玉県三郷市番匠免 1-314

名称 社会福祉法人緑風会デイサービスセンターしいの木の郷

管理者 理事長 篠田 實 印

説明者 生活相談員 印

私は、契約書及び本書面により、事業者からサービス提供についての重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

家族 住所 _____

氏名 _____ 印

※ 御家族以外の方が記入する場合に代理人欄に住所・氏名・捺印のこと

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印