

重要事項説明書 契約書

(地域密着型通所介護)

利用者： _____ 様

事業者： _____ 株式会社 花音

重要事項説明書

地域密着型通所介護

様に対する地域密着型通所介護サービスの提供にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者

法人名名称	株式会社 花音
法人名所在地	茨城県水戸市笠原町974-32
法人種別	株式会社
代表者氏名	代表取締役 録田 由美
電話番号	029-277-7608

2. ご利用施設

施設名称	デイホーム 花音
施設所在地	茨城県水戸市小吹町字釜場2327-1
管理者名	山口 真理
電話番号	029-305-5265
ファクシミリ番号	029-305-5267
利用定員	11名

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態にあり、介護保険の趣旨に則った適正な地域密着型通所介護を提供する事を目的とします。
運営の方針	利用者の要介護の身体の特徴と、認知症の症状を踏まえて、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、社会的孤立感の解消及び心身機能維持並びに家族の身体的・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、介護、その他機能維持・向上のために必要な援助を行います。 従業員一同、研修への参加、知識の向上に努め、ケアの質の向上と確保を行います。

4. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類 名称	茨城県知事の事業者指定		利用定数
介護予防通所介護 デイホーム 花音	指定年月日 平成23年4月15日	指定番号 茨城県0870103934号	11人

5. 職員体制

職員の職種	員数	勤務体制
管理者	1名	
生活相談員	2名	サービス提供時間に常時1名配置 9:00～18:00
介護職員	4～5名	サービス提供時間に常時1名配置 9:00～18:00
機能訓練指導員	1名	

6. 営業時間及び実施地域

営業日	月・火・水・木・金・土・日
営業時間	9:00～17:00(介護保険内の延長は19:00まで可)

通常の事業の実施地域 水戸市

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

利用料金が介護保険から給付される場合・・・(1)

利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合・・・(2)

があります。

＜サービス利用料金について＞

利用者の要介護に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担分)をお支払い下さい。※別表の料金表をご確認ください。

・利用者に提供する食事の材料に係る費用、施設をご利用にあたっての実費費用は別途いただきます。

(下記の(2)①参照)

・介護保険からの給付に変更あった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担を変更します。

(1)介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(9割又は8割)が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞居宅サービスに沿って、サービス内容を決定し、送迎、入浴介助、生活リハビリ、アクティビティなどの必要な介護等を行います。

①入浴

・職員の介助、見守りの上で、安全かつ利用者の身体状況を踏まえ、入浴を行います。

②排泄、食事等の身体介助

・利用者の身体状況に合わせて、適切な排泄・食事等の身体介助を行います。

③送迎サービス

・利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

④アクティビティ

・利用者の身体的、精神的状況等を考慮して、レクレーションを行います。(創作活動による機能訓練を行います)

(2)介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①食事、おやつ、材料の提供(食材料費)

利用者に提供する食事の材料費に係る費用です。

→昼食 530円 おやつ 100円 夕食 550円

- ・当事業所で立てる、献立表により、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・生活リハビリの一環として食材は利用者と一緒に新鮮な物を買ひ、一緒に作るよう配慮いたします。
- ・利用者の心身安定のために、なるべく食堂で職員と一緒にさせていただくことを原則とします。

②レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことがあります。

→利用料金は材料費等の実費をいただきます。

③日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

→料金表参照。施設までお気軽にお尋ね下さい。

(3)利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は月末締め of 金額をお支払い頂きます。お支払方法は下記の通りです。

- ① 当事業所へ直接お支払い。
- ② ご指定の口座からの引き落とし。
- ③ 当事業所指定口座へお振込み（振り込み手数料はご負担となります）

筑波銀行 平須支店	普通口座 1036127
株式会社花音 代表取締役 録田 由美	

*毎月月末締めとし、翌月10日までに当月分の料金を請求いたしますので、20日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

8. サービス利用にあたっての留意事項

① 送迎時間

・朝8時から8時30分頃事業所を出発し皆様のお宅へ廻ります。前後の利用者の都合及び道路事情により、送迎にずれが生じる事があります。

② 臨時休業

・台風、積雪その他の異常気象や施設の保守管理のため、臨時に休業することがあります。

③ 所持品の持ち込み

・原則として貴重品・金銭の持ち込みはご遠慮願います。万が一持ち込みがあった場合で、申し出があれば事務所の金庫で保管する事もできます。

・利用者同士での金銭の授受はご遠慮願います。

④ 宗教活動

・事業所内での他利用者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮願います。

⑤ お願い事項

・事業所内での感染防止の為、法定伝染病をはじめ、感染により他利用者の健康に大きな問題が発生すると予想される時は、ご利用を中止していただくことがあります。

9. 運営推進会議について

- ・事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- ・当事業所が行う地域密着型通所介護を開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図る事を目的として、「運営推進会議」を設置致します。
- ・「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター及び市町村の職員、地域密着型通所介護についての知見を有する者とし、おおむね6ヶ月に1回以上の会議を開催致します。

10. 利用の中止、変更、追加

- ・利用予定日の前に、利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者にお申し出下さい。
- ・利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

利用予定日の前日(18:00)までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の100% (自己負担相当額)

- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

11. 苦情申立窓口

- ① 当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ・窓口担当者 録田 由美 TEL：029-305-5265
- ・受付時間 日曜日～土曜日 午前9：00～午後6：00

- ② 行政機関その他苦情受付機関

- ・水戸市役所介護保険課 TEL：029-224-1111（代表）
- ・茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談室
TEL：029-301-1565（代表）
- ・上記以外でもご意見、ご不満等がございましたら直接職員にお申し出下さい。

12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

第三者評価実施の有無	無し
------------	----

13. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示を仰げる場合は、それに従います。また緊急連絡先に連絡いたします。緊急やむを得ないと判断されるときは、事業所の方で救急車等による搬送を要請いたします。 健康状態がすぐれずサービス提供が無理と判断される場合は家族等関係者に連絡の上、居宅等にお帰りいただく場合がございます。

14.サービス利用中止の場合

下記の場合は、利用中止もしくは、利用中に居宅にお帰りいただく場合があります。

(1)利用者及びご家族の希望があった場合。

(2)健康チェックの結果、体調が悪かった場合。

(3)体調がすぐれない場合。

(4)他の方に対して、生命、健康に重大な影響をあたえる行為等があった場合

※上記な場合で、必要な場合は、ご家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに医療機関に連絡等必要な措置を講じます。

私は、地域密着型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日

説明者職氏名

デイホーム花音

役職

氏名

_____ 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所

氏名

_____ 印

利用者の家族

住所

氏名

_____ 印

続柄
