

# 重要事項説明書

(デイサービス)

株式会社 トータルライフ琥珀  
デイサービス桜華

## 「重要事項説明書（通所介護・予防通所介護サービス）」

### 1. 事業者概要

事業者名称	株式会社トータルライフ琥珀
主たる事務所の所在地	牛久市城中町1955番地23
法人種別	株式会社
代表者名	伊藤 真紀子
設立年月日	平成27年1月27日
電話番号	029-802-9799
ファクシミリ番号	029-802-9788
ホームページアドレス	

### 2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービス桜華
事業所の種類・指定番号	茨城県 0871901245号
所在地	牛久市栄町4-89-1
電話番号	029-896-4201
ファクシミリ番号	029-896-4202
開設年月日	平成30年5月7日
管理者の氏名	伊藤 敏行
サービス提供地域	牛久市・つくば市・龍ヶ崎市・阿見町・取手市・つくばみらい市・土浦市
実施しているその他の事業	・指定居宅介護支援事業所・訪問介護・有料老人ホーム

### 3. ご利用事業所の設備概要

建物の構造	木造2階建て
延べ床面積	62.93㎡
利用定員	20名
設備	デイサービス・機能訓練室・静養室・トイレ・相談室 事務所・相談室・汚物室・脱衣室・浴室・機械浴室

#### 4. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態にある高齢者に対して適切な指定通所介護を提供する。
運営の方針	ご利用者様の「できること」を増やすお手伝いをします。 運動機能の維持・向上をはかり、高齢者の自立支援を行います。 施設への定期的な参加により「閉じこもり予防」の支援を行います。 。運動の習慣化により心身の機能向上への支援を行います。 地域医療・福祉関係機関との連携を図り高齢者にとって住みやすい地域作りに貢献します。

#### 5. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従業者の職種	員数	業務内容
管理者	1名	センターの管理・統括
生活相談員	3名	介護等に関する相談・調整など
介護職員	6名	介護業務など
看護師	2名	健康管理など

#### 6. 営業時間

営業日	月曜日～日曜日
定休日	年末年始（12/29～1/4）・臨時休暇2回
営業時間	午前8時30分～午後5時30分 サービス提供時間（午前9時～午後5時）

#### 7. 提供するサービス内容

通所介護・介護予防通所介護サービス

- ・ 送迎・入浴（一般浴・機械浴）
- ・ 食事 季節にあったメニューをお楽しみいただけます。
- ・ 機能訓練 専門指導員によるリハビリ・機能訓練を実施しております。
- ・ 生活相談 相談員により個別相談を受けます。
- ・ レクリエーション 色々な催しを行います。

## 8. 利用料

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス（利用料1割～3割が自己負担）
- (2) 介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担）
- (3) その他の費用（全額自己負担）があります。

### ① 通所介護サービス（所要時間7時間以上8時間未満の場合）

（令和3年4月改正）

要介護1・・・655単位/日

要介護2・・・773単位/日

要介護3・・・896単位/日

要介護4・・・1018単位/日

要介護5・・・1142単位/日

\* 利用料金は、単位数×（10.84%）の1割～3割相当額となります。

\* 入浴で40単位加算されます。

\* 機能訓練加算されます。（予防/通所型サービス運動器機能向上加算）

\* 処遇改善加算されます。

### ② 予防通所介護・日常生活総合支援事業（総合事業）

通所型サービスⅠ（週/1回程度）1672単位/月

通所型サービスⅡ（週/2回程度）3428単位/月

## (4) 介護保険の適用を受けるサービス

### ① 通所介護サービス

\*利用料金は、単位数×地域区分（10.84%）の1割～3割相当額となります。

\*処遇改善加算されます。

## (5) 介護保険の適用を受けないサービス

### ① 介護保険の支給限度額を超えるサービス

利用料は利用者の全額自己負担となります。

## (6) その他の費用

① 交通費 サービス提供地域以外の場合往復1km/40円が掛かります。

③ 食費 770円/1回（おやつ代も含む）

④ オムツ220円/1枚

⑤ リハビリパンツ165円/1枚 パット110/1枚

（別途消費税が付きます。）

⑤行事代（外食費など）

## (7) キャンセル料

ご利用者様の都合でサービスを中止する場合、下記の料金が必要です。

ご利用当日、8:30分までに連絡を頂いた場合まで無料です。

ご利用当日、連絡が無かった場合は、・・・お食事代が掛かります。

(8) 支払方法

お支払いは、月末の翌月 27 日ご利用者様、指定銀行口座より引き落としとなります。引き落とし確認後、領収証を発行します。

9. 苦情申立窓口

【事業所所在地】

- ・ デイサービス桜華

029-896-4201 (午前 9 時～午後 5 時・月曜日～土曜日)

担当者 伊藤 敏行

【事業所所在地保険者】

- ・ つくば市役所・介護福祉課

029-883-1111 (午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分・月曜日～金曜日)

- ・ 牛久市役所・高齢福祉課

029-873-2111 (平日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分・月曜日～金曜日)

- ・ 茨城県国民健康保険連合会 介護保険課介護苦情相談室

029-301-1565 (午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分・月曜日～金曜日)

10. サービス利用の為の留意点事項

- ・ サービス利用中に体調不良となった場合、主治医又は近隣病院での受診をして頂くことがあります。その際は原則ご家族にお連れ頂くこととなりますので、ご了承ください。
- ・ 機能訓練は、機器を利用することなどで、だれでも同じ動作を安全に行って頂きます。その他、各人に合わせたプログラムを作成し、心身機能の維持・向上のお手伝いを致します。
- ・ 設備・機器等のご利用について利用者の責めに帰すべき理由により破損した場合は、弁償して頂くことが有ります。
- ・ 当施設において、転倒・転落等の事故が発生した場合、当施設に業務上の過失がある場合(介護職務上の過失、施設管理の過失)、施設損害保険に基づく保険制度による費用負担をお願いします。
- ・ 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護する為に緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。

#### 1 1. 虐待の防止について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等に努めます。
- (2) 高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めます。
- (3) 国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待防止のための啓発活動および虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めます。
- (4) 高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村または市町村から委託を受けた地域包括センター等に報告・相談します。
- (5) 事業者は、高齢者虐待のため、スタッフに研修を実施します。

#### 1 2. 秘密保持

- (1) 事業者はサービスを提供する上で知り得た利用者および家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約が終了した後も同様です。
- (2) 事業者はサービス提供に係わる必要な業務を外部へ委託するために個人情報や預託する場合は、必要な契約を締結するとともに、預託する情報を必要最小限に留め、個人情報の厳格な管理・監督を行います。

#### 1 3. 緊急時・事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に関わる居宅介護支援事業者（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講ずるものとする。
- (2) サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅支援事業者等へ連絡します。

#### 1 4. ハラスメントについて

ハラスメントに関する事業者の取り組みとして、職場内でのハラスメント対策を行う。

利用者、家族または身元保証人等から、事業所及びそのサービス従事者、その他関係者に対し、故意に暴力や暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合はサービス利用を一時中止もしくは契約を解除する。

#### 1 5. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の予防及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から必要時の委員会の開催、施設としての指針の整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施等取り組みます。

感染予防の観点等から、ご利用者様又はご家族様の同意がある場合、サービス担当者議 等出席時、テレビ電話装置等（オンラインツール）を活用して行います。

その際、個人情報の適切な取扱いには十分に留意いたします。

16. 業務継続計画（BCP）の策定等

「感染症」又は「非常災害」の発生において、利用者に対する指定介護の提供を継続的に実施する。

ための計画及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（「業務継続計画」）を策定し、その計画に従い必要な措置を講じます。

事業者は、職員に対し業務継続計画について周知するとともに必要な研修及び訓練を実施します。

事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行います。

17. 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、医師の指示に従います。 また、緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関名称	
	院長名	
	所在地	
	診療科	
	入院設備	
	緊急指定の有・無	
緊急時連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

18. 第三者による評価の実施状況

1 あり 実施日 : 年 月 日  
 評価機関名所 :  
 結果の開示 : 1 あり 2 なし

2 (なし)

通所介護（総合事業・介護予防も含む）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き重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

説明者

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ました。

【利用者】

住所

氏名

印

【代理人】

住所

氏名

印 続柄（ ）