

「デイサービスまごころの家 ひたちなか馬渡」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(ひたちなか市指定 第 0872101613 号)

当事業所はご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当事業所の利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。認定をまだ受けていない方でもサービス利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. ご利用施設	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 運営推進会議	6
7. 苦情の受付について（契約書第 24 条参照）	6
8. 非常災害対策	6

1. 事業者

- (1) 法人名 コンテック 株式会社
- (2) 法人所在地 茨城県日立市多賀町2丁目10番7号
- (3) 電話番号 0294-36-3405
- FAX 0294-29-6120
- (4) 代表者氏名 代表取締役 岡部 英明
- (5) 設立年月 昭和60年 6月27日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定地域密着型通所介護事業所・平成28年4月1日 指定
ひたちなか市 0872101613 号
- (2) 施設の目的 利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する。
- (3) 施設の名称 デイサービスまごころの家 ひたちなか馬渡
- (4) 施設の所在地 茨城県ひたちなか市馬渡2910-7
- (5) 電話番号 029-354-1151
- FAX 029-275-7083

- (6) 施設長（管理者）氏名 大矢美代子
- (7) 当施設の運営方針 事業所は老人福祉法および関係法令に基づき、利用者の心身の状況に対応した適切な処遇と必要な訓練を行い、健康で明るく生きがいのある生活を営むことが出来るよう利用者の処遇に万全を期するものとする。
- (8) 開設年月 平成24年10月1日
- (9) 利用定員 10名

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 ひたちなか市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日
営業時間	月～金曜日 7:30～14:00
サービス提供時間	月～金曜日 8:00～13:10

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	人数
1. 管理者	1名
2. 介護職員	3名以上
3. 生活相談員	2名以上
4. 看護職員	0
5. 機能訓練指導員	1名以上

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
生活相談員	勤務時間・・・7:30～14:00

5. 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。

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第 4 条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

② 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

〈サービス利用料金(1 日あたり)〉（契約書第 6 条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度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（自己負担額）をお支払いください。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

指定地域密着型通所介護サービス（1 回あたり）

1 単位：10.14 円

1. ご契約者の要介護度 とサービス利用料金	要介護 1 657 単位	要介護 2 776 単位	要介護 3 896 単位	要介護 4 1013 単位	要介護 5 1134 単位
2. サービス利用に係る 自己負担額	利用者の負担割合に応じた額				

☆加算・減算

① 同一建物減算

1 日あたり 94 単位の減算

② 介護職員処遇改善加算Ⅱ

介護報酬総単位数（基本サービス費＋各種加算）× 9.0% ※1

③ 地域通所サービス提供体制加算Ⅱ

1 回あたり 18 単位

※1 端数は四捨五入とします。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条、第 6 条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食事の提供（調理費 ＋ 食材料費）

ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金：1 回あたり 450円

②レクリエーション、クラブ活動

ご契約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できます。

利用者の意向により計画し実施いたします。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

④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ご契約者の日常生活に要する費用でご契約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。

紙おむつ・紙パンツ代：150 円／枚

尿とりパッド：50 円／枚

⑤実施地域内を超えた送迎費

1 km ごとに 100 円ご負担いただきます。

⑥その他

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。

その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 ヶ月前までにご説明いたします。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 27 日までに次の銀行口座にお支払いをお願いいたします。また、ご希望により口座引落とし（毎月 27 日）も出来ます。

なお、口座引落とし手数料、振込手数料はご契約者の負担となります。

振込先 常陽銀行 多賀支店 普通口座 1 5 9 5 1 9 0

名義人 コンテック株式会社 代表取締役 岡部 英明

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第 7 条参照)

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、地域密着型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の前日までに事業者申し出て下さい。

○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、取り消し料として下記の料金をいただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合はこの限りではありません。

利用予定日の前日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 10% (自己負担相当額)

○変更、追加に限り前日までキャンセル料は発生いたしません。

○サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の可動状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を契約者に提示のうえ協議するものとします。

6. 運営推進会議について

- (1) 指定地域密着型通所介護事業の運営にあたっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「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、市町村の職員又は本事業所が存在する圏域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヶ月に1回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内及び出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

7. 苦情の受付について（契約書第 24 条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口（担当者）

[職 名] 管理者 大矢美代子

○ 受付時間 毎週

7:30～14:00

また、苦情受付ボックスを玄関ホールに設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

ひたちなか市役所 介 護 保 険 課	所在地 TEL・FAX 受付時間	ひたちなか市東石川2-10-1 TEL(029)273-0111 FAX 354-1062 8：30 ～ 17：30（月～金）
茨城県 国民健康保険団体連合会	所在地 TEL・FAX 受付時間	水戸市笠原町978-26 TEL(029)301-1565 FAX 301-1579 9：00 ～ 16：30（月～金）
茨城県社会福祉協議会	所在地 TEL・FAX 受付時間	水戸市千波町1918 TEL(029)305-7193 FAX 305-7194 9：00 ～ 17：00（月～金）

8. 非常災害対策

当事業所は、消防法等の規定に基づき非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとします。

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

(1) 建物の構造 木造2階建

(2) 建物の延べ床面積 497.26㎡

(3) 事業所の周辺環境

昭和通り本郷台団地入口より北側に入り、馬渡埴輪製作遺跡が近くにある閑静な住宅地にあります。

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

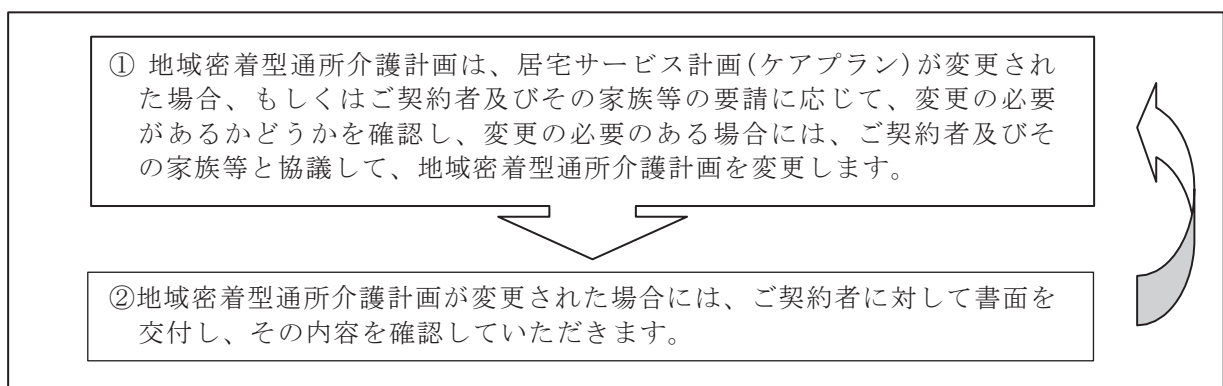
介護職員…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
利用者10名までは1名の介護職員を配置しています。

生活相談員…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
常時1名の生活相談員を配置しています。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。
機能訓練指導員は看護職員が兼務するものとします。

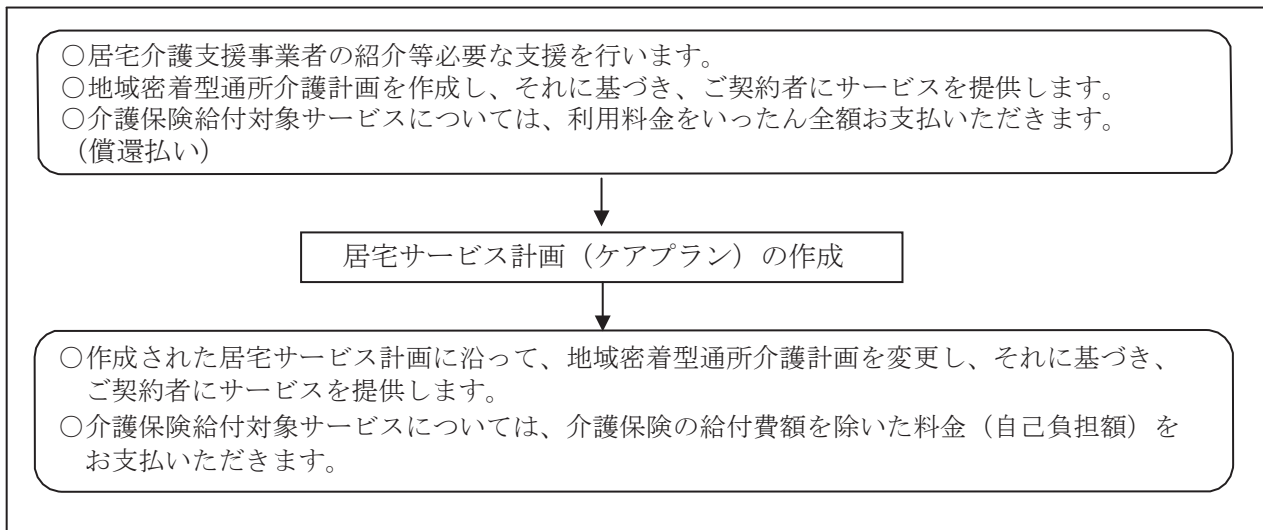
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

(1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画(ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「地域密着型通所介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りとなります。(契約書第3条参照)

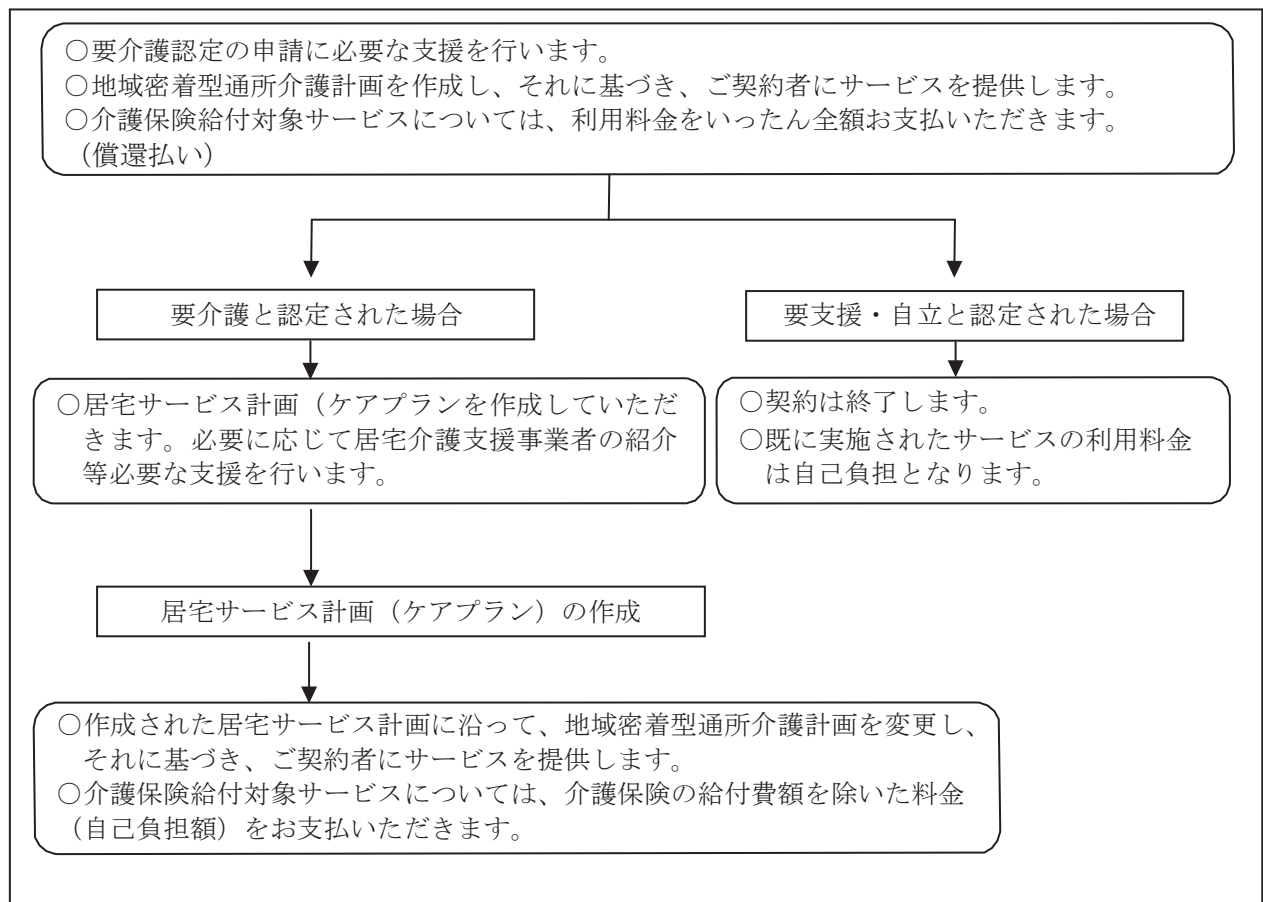


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業者の義務（契約書第 9 条、第 10 条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

5. サービス利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

（1）施設・設備の使用上の注意（契約書第 11 条参照）

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価を支払うものとします。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

（2）喫煙

事業所内の喫煙は原則できませんが、喫煙する方は職員に申し出てください。

6. 事故発生時の対応について

利用者に対する地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村及び利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処遇について記録します。

また、当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者はその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合及び契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時、事業者の損害賠償責任を免じることができるものとします。（契約書第 14 条、第 15 条参照）

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

（契約書第 17 条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が要支援・自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください。）

（1）ご契約者からの解約、契約解除の申し出（契約書第 18 条、第 19 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約、解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が入院された場合
- ③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従業者が故意又は過失によりご契約者の身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者がご契約者の身体、財物、信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 20 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 1 ヶ月以上遅延し、催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命、身体、財物、信用等を傷つけた場合
- ④ご契約者が不信行為を行い、事業者が本契約を継続しがたいと判断した場合

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 17 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

(4) 連帯保証人（契約書第 21 条参照）

連帯保証人は契約者が万が一のことがあった場合や契約解除などの時に責任をもって身柄を受け、利用料金を契約者に代わってご負担いただきます。※連帯保証人のコンテック㈱に対する負担は、記名欄に記載する極度額を限度とします。

8. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

9. 虐待防止のための措置

当事業所では、虐待の発生や再発を防止するため、以下の措置を実施します。

- (1) 虐待の発生・再発を防止するための委員会を定期的に開催すること、及びその結果を担当する職員へ周知徹底すること
- (2) 虐待を防止するための指針の整備
- (3) 担当の職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること
- (4) 上記の措置を適切に実施するための担当者を置くこと

年 月 日

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。

デイサービスまごころの家 ひたちなか馬渡

事業者住所

日立市多賀町2丁目10番7号

事業者名

コンテック株式会社

代表者氏名

代表取締役 岡部 英明



説明者氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

利用者

氏名

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

代筆者

氏名

（続柄）