

指定通所介護・第1号通所事業  
デイサービス重要事項説明書

デイサービスセンター滝田

## 1、事業者

- (1) 事業者名 社会福祉法人 桜水会
- (2) 事業者所在地 茨城県土浦市滝田 1-6-3
- (3) 電話番号 029-875-5771
- (4) 代表者氏名 理事長 飯田 知也
- (5) 設立年月日 平成29年6月1日

## 2、事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所介護 第1号通所事業
- (2) 事業所の目的

当事業所は、要介護・事業対象者状態等となった場合でも、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、必要な日常生活上の世話、機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持、並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター滝田  
事業所番号 0870302882
- (4) 事業所の所在地 〒300-0839 茨城県土浦市滝田 1-10-2
- (5) 電話番号 029-875-5766
- (6) 当事業所の運営方針

当事業所では、要介護・事業対象者状態にある利用者に対して、療養上の管理及び指導を行い、心身の機能の維持回復を図り、自立した日常生活を営むことができるよう援助する。また、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者が安心できるようなサービスを提供できるよう努力していく。

- (7) 開設年月 平成31年1月17日
- (8) 通常の事業の実施地域 土浦市・つくば市・かすみがうら市・阿見町・美浦村
- (9) 営業日及び営業時間  
営業日 : 月曜～金曜日 ( 1月1日～ 1月3日は休業日)  
営業時間 : 午前8:45～から午後17:30分までとする。  
(サービス時間帯 午前9時00分から午後16時00分)
- (10) 利用定員 デイサービス 25名

## 3、職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して通所介護・第1号通所事業を提供する職員として、以下の職種の職員を配置します。

管理者・・・・・・・・1名（兼務可）  
生活相談員・・・・・・・・1名以上  
看護職員・・・・・・・・1名以上（兼務あり）  
介護職員・・・・・・・・5名以上  
機能訓練指導員・・・・1名以上

## 4、当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

- 利用料金が介護保険から給付される場合
- 利用料金の全額を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、介護保険負担割合証に準じ給付されます。

<サービスの概要>

### ① 入浴

入浴又は清拭を行います。

### ② 排泄

契約者の排泄の介助を行います。

### ③ 機能訓練

機能訓練指導員により、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いたします。

### ④ 口腔機能向上の実施

口腔機能の低下している契約者又はおそれのある方に対し歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスの実施をいたします。

<サービス利用料金（1回当たり）>（契約書第6条参照）

別紙の利用料金によって、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額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

（2）介護保険給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額が契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事提供料（食材を含む）

契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：1回当たり 740円（おやつ代を含みます）

② レクリエーション、クラブ活動

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あります。

利用料金：材料代等の実費をその都度いただきます。

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契約者の日常生活に要する費用で、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いただきます。

オムツ・パンツ 150円 Rパット 50円 エコン・ワイドパット 70円

（3）利用料金のお支払い方法

利用料の支払いについては利用者宛に前月までの費用項目の明細を付し毎月20日までに請求します。利用者は、金融機関のＩ－ＮＥＴ・Ｗ－ＮＥＴ・郵便局等の口座振替依頼書を提出していただき、その指定口座より毎月27日（銀行休日の場合は翌営業日となります）に前月分の請求金額を口座引き落としによりお支払いいただきます。

（4）利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

- 利用の予定日の前に、契約者の都合により、通所介護通所事業サービスの利用を中止変更もしくは新たなサービスを追加することができます。この場合には、サービス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。但し、契約者の体調不良等、正当な事由がある場合には、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%

- 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契約者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

（5）契約解除（契約書第19・20・21条参照）

- 契約者は、事業者もしくはサービス従事者が以下の事項に該当する行為を行った場合には、本契約を解除することができます。

- 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通所介護通所事業サービスを実施しない場合。

- 事業者は、契約者が以下の事項に該当する場合には、本契約を解除することができます。

- 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、重大な事情を生じさせた場合。

- 契約者による、第6条第1項から第4項に定めるサービス利用料金の支払いが2か月以上（最低2か月）遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず料金が支払われない場合。

5、苦情の受付について（契約書第24・25条参照）

（1）事業所における苦情の受付

当事業所における苦情の受付

・ 苦情受付窓口 担当者氏名 篠田 友貴 小神野 めぐみ

電話：029-875-5766

6. 第三者による評価の実施状況

|               |        |        |           |
|---------------|--------|--------|-----------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり   | 実施日    |           |
|               |        | 評価機関名称 |           |
|               |        | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|               | (2) なし |        |           |

7、事故発生時の対応

事業所は通所介護事業のサービス提供にあたり、事故が発生した場合は速やかに利用者のご家族に連絡を行うとともに利用者の生命の安全の確保を最優先にした対応を講じます。

(損害賠償)

事業所はサービス提供にあたって故意または過失により利用者に与えた損害に対し事業者は責任を負います。その損害賠償内容においては双方協議の上それを定めます。ただし、利用者の故意または過失が認められ、かつ利用者の置かれた心身状態を酌して相当と認められた場合は損害賠償を減ずることができるものとします。

(損害賠償が認められない場合)

- ・利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴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ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ・利用者がサービスの提供のために必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ・利用者の急激な体調の変化等、事業者が提供したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合

(2) 行政機関その他苦情受付

- |                  |                                       |
|------------------|---------------------------------------|
| ※ 土浦市役所 高齢福祉課    | 住所：土浦市大和町9-1<br>電話：029-826-1111       |
| ※ つくば市役所 高齢福祉課   | 住所：つくば市研究学園1-1-1<br>電話：029-883-1111   |
| ※ 美浦村役場 高齢福祉課    | 住所：美浦村大字受領1515番地<br>住所：029-885-0340   |
| ※ 阿見町役場 高齢福祉課    | 住所：稲敷郡阿見町中央一丁目1番1号<br>電話：029-888-1111 |
| ※ 茨城県国民健康保険団体連合会 | 住所：水戸市笠原町978-26<br>電話：029-301-1567    |

付 則

- |       |    |    |   |    |   |    |   |         |                |
|-------|----|----|---|----|---|----|---|---------|----------------|
| この約款は | 平成 | 31 | 年 | 1  | 月 | 17 | 日 | より実施する。 | (滝田重平31.1.17号) |
| この約款は | 令和 | 3  | 年 | 1  | 月 | 1  | 日 | より実施する。 |                |
| この約款は | 令和 | 3  | 年 | 12 | 月 | 22 | 日 | より実施する。 |                |
| この約款は | 令和 | 4  | 年 | 4  | 月 | 1  | 日 | より実施する。 |                |
| この約款は | 令和 | 4  | 年 | 5  | 月 | 1  | 日 | より実施する。 |                |
| この約款は | 令和 | 4  | 年 | 7  | 月 | 1  | 日 | より実施する。 |                |
| この約款は | 令和 | 6  | 年 | 11 | 月 | 1  | 日 | より実施する。 |                |

## 通所介護 デイサービスセンター滝田利用に関する同意書

通所介護 デイサービスセンター滝田を利用するにあたり、下記の内容に関し説明を受け、これらを理解した上で同意します。

1. 利用契約書(利用約款) (滝田契平31.1.17号)
  - ・ 利用者についての情報提供(利用約款 第12条)
  - ・ 別紙(個人情報の取り扱い基準) (滝田重平31.1.17号)
1. 重要事項説明書

令和      年      月      日

＜利用者氏名＞  
氏名

契約者  
氏名

印

住所

＜保証人＞  
氏名

印

住所

社会福祉法人桜水会  
デイサービスセンター滝田  
鈴木 剛史 殿

### 【本約款第9条5項、緊急時の連絡先】

|      |       |
|------|-------|
| 氏 名  | (続柄 ) |
| 電話番号 |       |

|      |       |
|------|-------|
| 氏 名  | (続柄 ) |
| 電話番号 |       |

重要事項説明      令和      年      月      日

氏名 \_\_\_\_\_