

ハーモネートデイサービス佐野

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。
(佐野市指定 第0970401634号)

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

1 事業者

- (1) 法人名 株式会社ハルプ・エンタープライズ
- (2) 法人住所 栃木県佐野市堀米町1348-5
- (3) 代表者名 代表取締役 廣澤 英次

2 事業者の概要

- (1) 事業所の種類 (介護予防) 地域密着型通所介護事業所 平成23年11月1日指定
栃木県指定 第0970401634号
- (2) 事業所の目的 地域密着型通所介護及び通所型サービス(介護予防通所介護相当)、通所型サービスAは、介護保険法令に従い、ご契約者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、通所介護及び介護予防通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 ハーモネートデイサービス佐野
- (4) 事業所の所在地 栃木県佐野市堀米町1270-17
- (5) 電話番号 0283-27-0388
- (6) 事業所長(管理者) 寺内 幸江
- (7) 当事業所の運営方針
 - ① 本事業所において提供する地域密着型通所介護及び通所型サービス(介護予防通所介護相当)、通所型サービスAは、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨並びに内容に沿ったものとします。
 - ② 契約者の人格を尊重し、常に契約者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、契約者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に地域密着型通所介護計画を作成することにより、契約者が必要とする適切なサービスを提供します。
 - ③ 契約者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明します。
 - ④ 適切な介護技術をもってサービスを提供します。
 - ⑤ 常に提供したサービスの質の管理、評価を行います。
- (8) 開設年月日 平成23年11月1日
- (9) 実施地域 佐野市
- (10) 営業日及び営業時間 営業日：毎週 月曜日～金曜日(ただし12月30日から1月3日を除く)
サービス提供時間：9:00～16:30
- (11) 利用定員 15名

3 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護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)

施設長1名 生活相談員1名以上 看護職員1名以上(機能訓練指導員と兼務) 介護職員1名以上
※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付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9割～7割が介護保険から給付されます。

(サービスの内容)

①入浴

- ・入浴又は清拭をご希望により対応いたします。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

- ・ご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、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。

※利用料金は別紙「ハーモネートデイサービス佐野 利用料金表」をご参照ください。

※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一旦お支払いいただきます。要支援又は要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます(償還払い)。また、居宅サービス計画の作成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、ご契約者の負担額の変更をします。

(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当事業所では、栄養士の献立により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事(昼食)を提供します。サービスの利用中止等により食事の提供が不要になる場合は、利用予定日の前日までに事業所へ申し出てください。利用予定日の前日までに申し出がなかった場合は、食事料金の全額をご負担いただきます。

- ・昼食(おやつ代を含む) 682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いただきます。

- ・1枚につき 22円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用負担で、ご契約者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

⑤理美容代

実費をご負担いただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、月末締めで計算し、翌月10日までに請求書を発送いたしますので25日までに指定口座へお振込みください。

口座振替をご利用される場合は、口座振替手数料170円をご負担いただきます。

佐野信用金庫 本店(普通預金)0375735 株式会社ハルブ・エンタープライズ

(4) 利用の中止、変更、追加

○ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護及び通所型サービス(介護予防通所介護相当)、通所型サービスA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所に申し出てください。

○ 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。但し、ご契約者に体調不良等正当な事由がある場合は、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%
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動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、他の利用可能日を契約者に提示して協議します。

5 事故発生時の対応について

(1) 利用者及び家族への対応

①最善の処置

介護事故が発生した場合、事故当事者等は、まず利用者に対して可能な限りの緊急処置を行ないます。

②責任者への報告

事故当事者等は、速やかに管理者へ報告し、嘱託医等に対応できない場合は、協力医療機関へ搬送し担当医師の指示を得ます。

③利用者及び家族への説明

事故当事者等は、できるだけ速やかに利用者や家族等に誠意を持って説明し、家族の申し出についても誠実に対応します。

④利用者及び家族への損害賠償

介護事故により施設が賠償責任を負った場合は、社会福祉法人全国社会福祉施設協議会の損害保険により利用者又は家族に補償します。

⑤行政機関への報告

行政機関（保険者等）へ事故の内容を報告いたします。

6 苦情の受付について

(1) 当事業者お客様相談・苦情担当

当事業者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。

電話 0283-27-0388 担当 寺内 幸江

(2) その他

当事業者以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

佐野市介護保険課	住所 電話 受付時間	栃木県佐野市高砂町1 0283-20-3022 午前9時～午後4時
栃木県社会福祉協議会	住所 電話 受付時間	宇都宮市若草1-10-6とちぎ福祉プラザ3F 028-622-0524(代) 午前9時～午後4時
栃木国民健康保険団体連合会	住所 電話 受付時間	宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル6F 028-624-5400 午前9時～午後4時

7 運営推進会議について

(1) 地域に開かれたサービスとして、定期的を開催し、サービスの質の確保を図ることを目的としています。

(2) 参加者は、利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、佐野市役所職員又は地域包括支援センター職員等とします。

8 緊急時等における対応方法

(1) 利用者様に容体の変化等があった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡致します。

(2) 事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

(3) 利用者様に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

(4) 事故発生時における職員の対応方法を定めた事故発生マニュアルを作成し、職員に徹底します。

9 非常災害対策

(1) 事業所の消防計画に基づき訓練計画を立てて、非常災害に備えるため定期的に避難、誘導、救出その他の訓練を行います。

10 虐待防止

事業所は、利用者様の人権の擁護・虐待の防止等のための次の措置を講じます。

- (1) 当事業者に対する虐待を防止するための研修を実施します。
- (2) 利用者様及びそのご家族様からの虐待に関する苦情処理体制の整備を行います。
- (3) その他虐待防止のために必要な措置を講じます。
- (4) 虐待防止に関する責任者の選定及び措置を講じます。
- (5) 必要に応じて青年後見人制度の利用支援を行います。
- (6) 介護相談員の受け入れを行います。
- (7) その他必要な措置を講じます。

11 感染症対策

介護サービスを提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保ち、常に衛生管理に留意します。

当事業者は、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、常に密接な連携を保ちます。

12 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施を行います。

13 サービス利用にあたっての留意事項

(1) 従業員からの利用者様、ご家族に対するハラスメントや利用者様、ご家族からの従業員に対するカスタマーハラスメント、セクシャルハラスメントには管理者が迅速かつ適正厳正な対応を行います。

令和 年 月 日

地域密着型通所介護及び通所型サービス(介護予防通所介護相当)、通所型サービスAの提供にあたり、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 (事業所番号 0970401634 栃木県)
(事業者名) ハーモネートデイサービス佐野
(住所) 栃木県佐野市堀米町 1270-17
(担当者名) 印

私は、契約書および本書面により、事業者から重要事項説明書の交付及び説明を受け、地域密着型通所介護及び通所型サービス(介護予防通所介護相当)、通所型サービスAの提供開始に同意しました。

契約者
(住所)
(氏名) 印

代理人
(住所)
(氏名) 印

ハーモネートデイサービス佐野 利用料金表

令和7年4月

地域密着型通所介護（要介護） 日額

① 3時間以上4時間未満 () 2割負担料金 【 】 3割負担料金 単位：円

要介護度	基本利用料金	入浴介助加算 I	食事代	合計金額（入浴介助加算 I の場合）
要介護 1	416 (832) 【1, 248】	40 (80) 【120】	682	1, 138 (1, 594) 【2, 050】
要介護 2	478 (956) 【1, 434】			1, 200 (1, 718) 【2, 236】
要介護 3	540 (1, 080) 【1, 620】			1, 262 (1, 842) 【2, 422】
要介護 4	600 (1, 200) 【1, 800】			1, 322 (1, 962) 【2, 602】
要介護 5	663 (1, 326) 【1, 989】			1, 385 (2, 088) 【2, 791】

- ・サービス提供体制加算（Ⅱ） 1日あたり 18単位
 - ・科学的介護推進体制加算 1ヵ月あたり 40単位
 - ・生活機能向上連携加算（Ⅱ） 1ヵ月あたり 200単位
- ※所定の料金に介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ12.7%が上乘せされます。

② 4時間以上5時間未満 () 2割負担料金 【 】 3割負担料金 単位：円

要介護度	基本利用料金	入浴介助加算 I	食事代	合計金額（入浴介助加算 I の場合）
要介護 1	436 (872) 【1, 308】	40 (80) 【120】	682	1, 158 (1, 634) 【2, 110】
要介護 2	501 (1002) 【1, 503】			1, 223 (1, 764) 【2, 305】
要介護 3	566 (1, 132) 【1, 698】			1, 288 (1, 894) 【2, 500】
要介護 4	629 (1, 258) 【1, 887】			1, 351 (2, 020) 【2, 689】
要介護 5	695 (1, 390) 【2, 085】			1, 417 (2, 152) 【2, 887】

③ 5時間以上6時間未満 () 2割負担料金 【 】 3割負担料金 単位：円

要介護度	基本利用料金	入浴介助加算 I	食事代	合計金額（入浴介助加算 I の場合）
要介護 1	657 (1, 314) 【1, 971】	40 (80) 【120】	682	1, 379 (2, 076) 【2, 773】
要介護 2	776 (1, 552) 【2, 328】			1, 498 (2, 314) 【3, 130】
要介護 3	896 (1, 792) 【2, 688】			1, 618 (2, 554) 【3, 490】
要介護 4	1, 013 (2, 026) 【3, 039】			1, 735 (2, 788) 【3, 841】
要介護 5	1, 134 (2, 268) 【3, 402】			1, 856 (3, 030) 【4, 204】

④ 6時間以上7時間未満 () 2割負担料金 【 】 3割負担料金 単位：円

要介護度	基本利用料金	入浴介助加算 I	食事代	合計金額（入浴介助加算 I の場合）
要介護 1	678 (1, 356) 【2, 034】	40 (80) 【120】	682	1, 400 (2, 118) 【2, 836】
要介護 2	801 (1, 602) 【2, 403】			1, 523 (2, 364) 【3, 205】
要介護 3	925 (1, 850) 【2, 775】			1, 647 (2, 612) 【3, 577】
要介護 4	1, 049 (2, 098) 【3, 147】			1, 771 (2, 860) 【3, 949】
要介護 5	1, 172 (2, 344) 【3, 516】			1, 894 (3, 106) 【4, 318】

⑤ 7時間以上8時間未満 () 2割負担料金 【 】 3割負担料金 単位：円

要介護度	基本利用料金	入浴介助加算 I	食事代	合計金額（入浴介助加算 I の場合）
要介護 1	678 (1, 356) 【2, 034】	40 (80) 【120】	682	1, 400 (2, 118) 【2, 836】
要介護 2	801 (1, 602) 【2, 403】			1, 523 (2, 364) 【3, 205】
要介護 3	925 (1, 850) 【2, 775】			1, 647 (2, 612) 【3, 577】
要介護 4	1, 049 (2, 098) 【3, 147】			1, 771 (2, 860) 【3, 949】
要介護 5	1, 172 (2, 344) 【3, 516】			1, 894 (3, 106) 【4, 318】

要介護1	753 (1,506) 【2,259】	40 (80) 【120】	682	1,475 (2,268) 【3,061】
要介護2	890 (1,780) 【2,670】			1,612 (2,542) 【3,472】
要介護3	1,032 (2,064) 【3,096】			1,754 (2,826) 【3,898】
要介護4	1,172 (2,344) 【3,516】			1,894 (3,106) 【4,312】
要介護5	1,312 (2,624) 【3,936】			2,034 (3,386) 【4,738】

⑥ 8時間以上9時間未満 () 2割負担料金 【 】 3割負担料金 単位：円

要介護度	基本利用料金	入浴介助加算 I	食事代	合計金額 (入浴介助加算 I の場合)
要介護1	783 (1,566) 【2,349】	40 (80) 【120】	682	1,505 (2,328) 【3,151】
要介護2	925 (1,850) 【2,775】			1,647 (2,612) 【3,577】
要介護3	1,072 (2,144) 【3,216】			1,794 (2,906) 【4,018】
要介護4	1,220 (2,440) 【3,660】			1,942 (3,202) 【4,462】
要介護5	1,365 (2,730) 【4,095】			2,087 (3,492) 【4,897】

※施設区分：地域密着型

※職員欠損減算：なし

第1号通所事業 (要支援) 月額 () 2割負担料金 【 】 3割負担料金 単位：円

要介護度	基本料金	食事代
要支援1 総合事業 対象者	1,798 (3,596) 【5,394】	682×食事回数
要支援2	3,621 (7,242) 【10,863】	

・サービス提供体制加算 (Ⅱ) 要支援1 72単位 要支援2 174単位

・科学的介護推進体制加算 1ヵ月あたり 40単位

・生活機能向上連携加算 (Ⅱ) 1ヵ月あたり 200単位

※所定の料金に介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) ロ12.7%が上乘せされます。