

地域密着型通所介護重要事項説明書

(令和 8 年 6 月 1 日現在)

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 047(703)3161

(月曜、火曜、水曜、金曜、土曜 8時30分～17時00分)

担当 生活相談員 花野井 厚志

※ ご不明な点はお気軽にお問い合わせください。

2 ふらわーハウスの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ふらわーハウス
所在地	松戸市栄町6-443-9
介護保険指定番号	地域密着型通所介護(松戸市 1271202820)
サービスを提供する地域	松戸市

(2) 同施設の職員体制

	常 勤	非 常 勤	合 計	業務内容
管理者	1名(兼務)		1名	施設管理経営
生活相談員	1名(兼務)		1名	相談業務
機能訓練指導員		1名	1名	機能訓練
介護職員		6名	6名	介護業務

(3) 同施設の設備の概要

定員	10名	相談室	1室
食堂兼機能訓練室	1室	静養スペース	1室
浴室	一般浴槽	送迎車	2台

(4) 営業時間

営業日 月曜、火曜、水曜、金曜、土曜 (祝祭日を含む)

営業時間 8時30分～17時00分(送迎時間は含まず)

定休日 木曜、日曜 (12月31日～1月3日は連休)

※緊急連絡先 047(703)3161

3 サービス内容

- ①送迎 原則として家の玄関前までの送迎をいたします。
- ②食事 利用者の咀嚼・嚥下機能および消化機能に合わせた食事形態で提供いたします。
- ③入浴 ADL（日常生活動作）に応じて介助浴となります。
- ④ 機能訓練 介護職員が生活リハビリを行います。
- ⑤ 生活相談 生活相談員が随時ご相談に応じます。

4 料金

(1) 利用料金

① 地域密着型通所介護の利用基本単位（一日あたり）

	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満	8 時間以上 9 時間未満
要介護 1	416	436	657	678	753	783
要介護 2	478	501	776	801	890	925
要介護 3	540	566	896	925	1032	1072
要介護 4	600	629	1013	1049	1172	1220
要介護 5	663	695	1134	1172	1312	1365

② 入浴介助基本単位（入浴をされた場合一日あたり）

入浴介助加算 I	40
----------	----

③その他の加算

1	介護処遇改善加算Ⅲ	①+②の合計の所定単位数の 10.5%
2	地域加算	①+②の合計の所定単位数に 1 の加算を加えた合計の 10.45

※ 一か月分の利用料は上記①②の基本単位に利用日数分を乗じた所定単位数に介護処遇改善加算Ⅲの 8.0%を加算した金額に地域加算の 10.45 を乗じた金額となります。利用者様のご負担は負担割合証に応じて利用料の総額の 1～3 割のご負担となります。要介護度、利用時間、負担割合による実際の利用料がお知りになりたい方は管理者までお問い合わせください。

(参考例) 要介護 1 で利用時間が 3 時間以上 4 時間未満で入浴をされ、利用が月に 10 日であった場合

(費用総額)

① 基本単位 416 単位×10 日	4160 単位
② 入浴介助加算 40 単位×10 日	400 単位
③ 処遇改善加算Ⅲ (①+②の 10.5%)	479 単位
④ 地域加算 (①+②+③の 10.45%)	⑤ 51.658 円

(利用者負担額)

費用総額	⑥ 51.658 円
1 割負担	5.166 円
2 割負担	10.332 円
3 割負担	15.498 円

(2) 昼食代 (おやつ代含む) 1 日あたり 600 円

※ご希望があれば朝食・夕食 (各 600 円) 弁当 (400 円) も提供

(3) カット代 (カットのみ) 1 回 1500 円

※事前予約、美容師の資格を持った職員が対応

(4) その他の費用

・おむつ代 (200 円) パット代 (50 円)

※基本的に現物での返却をお願いしております

・特別に費用が掛かる行事等を行う場合、事前にご了承をいただいた上で費用の一部のご負担をお願いすることがございます。

(5) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の前営業日 17 時までにご連絡をいただいた場合	無料
② ご利用日当日午前 8 時までにご連絡をいただいた場合	利用料の 10%
③ ご利用日の午前 8 時までに連絡がなかった場合	利用料の 30%

※ 事業所がやむを得ないと認める事由があった場合はこの限りではございません

(6) 支払方法

毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、当月末日までにお支払い下さい。
お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。利用料金は、指定の銀行口座にお振込みいただくか、当施設にて現金にて直接お支払いください。
尚、銀行振込の場合、手数料はお客様負担とさせていただきますので、あしからずご了承ください。

5 サービスの利用方法

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼されていない場合は事前にお電話でお問い合わせください。

6 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

事業所の管理者および従業者、利用される方がその居宅において可能な限り自立した生活を営むことができるように務めます。サービス提供を通して、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持、ならびに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。

(2) サービスの利用のために

事 項	備 考
レ ク リ エ ー シ ョ ン	利用者のADL，精神状況を考慮した内容で提供いたします。手先を動かす、体を動かす、コミュニケーションを図る等、心身機能の維持を図ります。
年 間 行 事	お花見、誕生日会、クリスマス会等数多くの行事を企画しています。
ボ ラ ン テ ィ ア と の 交 流	クラブ活動や季節行事など、多義にわたり活動していただく予定でいます。

(3) サービスの利用にあたっての留意事項

① 送迎時間の連絡

事前に送迎時間をご連絡します。交通状況による若干の変更はご了承ください。

② 体調確認

来所時にバイタルチェック（体温・血圧等）を行います。

③ 体調不良等によるサービスの中止、変更

必要と認めた場合に家族に連絡のうえ中止あるいは変更となることがあります。

④ 時間変更

変更が生じる場合には、事前にご連絡いたします。

⑤ 設備、器具の利用

サービス内容に応じて随時ご利用になれます。

7 緊急時の対応方法

利用者に容態の急変等があり、緊急を要すると思われる際にはご家族に連絡した後、救急車を要請し、現在の状況やかかりつけの医療機関・既往歴・服薬等の情報を救急隊員に伝え職員が搬送先の医療機関まで救急車に同乗いたします。

令和 年 月 日

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、利用者に契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

＜事業者＞	所在地	松戸市栄町6-443-9	
	名称	有限会社フラワー介護サービス	印
	説明者氏名	花野井厚志	印

私は、契約書および本書面により、事業所から地域密着型通所介護についての重要な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