

介護予防・生活支援サービス重要事項説明書・同意書

フロイデアネックス

＜令和7年8月1日現在＞

1、当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 029-275-5050 (8時15分～17時15分まで)

担当 武藤 理

ご不明な点はなんでもおたずねください。

2、フロイデアネックス

(1) 提供できる介護予防生活支援サービス（以下「サービス」という。）の種類と地域

- ・名 称 フロイデアネックス
- ・所在地 ひたちなか市大字足崎1474-7
- ・介護保険指定番号 08A2100121
- ・サービスを提供する対象地域
ひたちなか市

(2) 開催場所等

- ・場所 ; フロイデひたちなかメディカルプラザ 地域交流スペース
- ・住所 ; 茨城県ひたちなか市足崎1474-7
- ・TEL ; 029-275-5050

(3) 当センターの職員体制

＜職員別＞

- ① 管理者
- ② 介護職員
- ③ 機能訓練指導員

(4) 開催場所設備の概要

- ① 定員 : 15名
- ② 機能訓練室

(5) 営業日・営業時間

- ① 営業日 月曜日・水曜日
- ② 営業時間 (月曜日) 12時30分～16時30分 (水曜日) 8時30分～12時30分

3、サービスの内容

- ① 機能訓練（レクリエーション等）
- ② 相談援助サービス
- ③ 送迎

※ これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

4、料金

(1) 別紙「フロイデアネックス 健康維持通所型サービス 料金表」の通りです。

(2) 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、20 日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、現金、銀行引落、郵便局引落の 3 通りの中からご契約の際に選べます。

5、契約の終了について

次の事項に当てはまる場合は契約を終了します。

- ① 利用者が亡くなられた場合
- ② 利用者からサービスの利用をやめたいとの意思表示がなされたとき
- ③ 利用者が当センターの職員や他の利用者に対して暴力をふるう等、サービスの利用を続けることが困難になった場合
- ④ 利用者が介護保健施設へ入所した場合
- ⑤ 60 日以上連続してご利用が無い場合
- ⑥ 利用者の要介護区分が、非該当（自立）と認定された場合

6、サービス利用にあたっての留意事項

- ① 休まれる際には、原則として前日の 17 時 00 分までにお電話にてご連絡ください。尚、当日のお休みの連絡は午前 8 時 15 分までをお願いいたします。
電話番号 029-275-5050（センター直通 8 時 15 分～17 時 00 分まで）
☆お休みの連絡が当日の送迎開始時間（8 時 15 分）までになかった場合は、キャンセル料としまして通所介護サービス・介護予防通所介護サービスの 1 日利用分の介護保険請求における 10 割分をご負担いただくこともありますのでご注意ください。
- ② 自宅からの出発時、また午後のご帰宅の到着時には、ご家族様のお立ち会いをお願いします。尚、当センターの送迎は玄関から玄関までが原則になっています。
- ③ ご本人様がセンターを利用中に、ご家族様がお出かけになる場合は、前もって緊急連絡先をお知らせください。
- ④ お迎え時間を前もってお知らせいたしておりますが、時間になりましたら持ち物をご用意の上、玄関にてお待ちください。その際、トイレ等は済ませておいて下さい。（尚、冬季はコタツ等の暖かい部屋でお待ちください。）
- ⑤ 天候、その他交通事情によりましては、送迎時間が前後することもあります。あらかじめ、ご了承ください。
- ⑥ サービスの利用時は、緊急の場合以外は病院への外来受診、お薬をもらうことはできませんのでご遠慮ください。

※ 体調不良等により、サービスの継続が困難の場合はご家族様にご連絡を致します。この場合、ご家族様に来所いただき、帰宅もしくは外来受診をお願いすることとなります。緊急時（意識障害や外傷等）の場合は、当センターの判断で、志村大宮病院の外来で診ていただくことがあります。ご家族様への連絡が外来受診後、又は病院入院後になる場合もありますのでご了承ください。体調不良のご連絡後又は、外来受診後のサービスの継続及び送迎は当センターでは

お受けできません。ご家族様にお迎えをお願いすることになりますのでご了承ください。

※ 外来受診等により途中でサービスを中止した場合は、利用した時間の利用料と食材費をいただくことになります。

⑦ 持ち物

紛失防止のため、持ち物にはお名前をご記入ください。

お持ちいただくもの

1. 健康保険証（初回のみ）
2. 後期高齢者医療被保険者証
3. 介護保険証（毎月の始め）
4. 介護保険負担割合証
5. 健康手帳（毎月の始め）
6. 身体障害者手帳（交付されている方のみ）
7. 着替え一式
8. 着替えなどを入れるためのビニール袋
9. お薬のある方は、お持ちください

⑧ 金銭、貴金属等貴重品はお持ちにならないで下さい。

貴重品や多額の金銭は紛失等のトラブルの原因となりますので、持ち込まないようお願い致します。当センター内での金銭トラブルについては当センターでは責任を負いかねます。また、当センターでは金銭の管理の代行は行いません。

- ⑨ オムツ使用の方は、枚数を多めにご持参願います。当センターの物を使用された場合は実費負担又は現物負担をお願いします。
- ⑩ ご帰宅（到着）されましたら、持ち物のチェックをお願いします。お忘れ物や余分な物がございましたら当センターまでご連絡ください。
- ⑪ 当センターの利用にあたりましては、宗教活動や販売セールス勧誘等のご遠慮願います。
- ⑫ 食べ物のお持ち込みや、お持ち込みされた食べ物を他の利用者の方へ配布する行為は、栄養管理、衛生管理上の点からお断りいたします。
- ⑬ 火気の取り扱いは火災等の防止のため、施設内での喫煙等のご遠慮ください。

7、緊急時の対応方法

サービスの提供を行っているときに、利用者の体調等に急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医または歯科医師と連携をとり、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに適切な措置を講じます。

8、非常災害対策

（１）利用者の緊急時における対応

サービスの実施中に利用者の体調等に急変及びその他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医等に連絡するなどの措置を講じるとともに管理者に連絡します。

（２）建物、設備等の対策

2. 緊急非常時 管理者は施設と協力して火災、水害、その他非常災害による被害を防止するため、必

要な対策を講じます。

3. 防災設備 センター内各所に消火器を設置してあります。

4. 防火訓練 避難訓練を実施しています。

9、事故発生時の対応

利用者に対するサービスにより事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合は速やかに賠償を行い、原因解明と再発防止の対策を講じます。

10、サービス内容に関する苦情

① 当センターご利用相談・苦情担当

担当 武藤 理

電話 029-275-5050 FAX 029-275-7733

※要望や苦情を上記生活相談員以外に設置されているご意見箱をご利用いただけます。

※苦情担当者は苦情対応マニュアルに基づき対応します。

② その他

当センター以外に、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。

市町村名 ひたちなか市

11、当法人の概要

名 称 医療法人 博仁会

代 表 者 理事長 鈴木 邦彦

所 在 地 常陸大宮市上町 313

事 業 所

・志村大宮病院

・茨城北西総合リハビリテーションセンター

回復期リハビリテーション病棟「スイス館」

総合リハビリテーション施設「ヨーデルリハビリテーションセンター」

茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター

茨城県指定地域リハ・ステーション

茨城県指定おおみや訪問リハ・ステーション

・介護保険適用療養病棟「チロル館」

・通所リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション 大宮デイケアセンター

・通所介護 介護予防通所介護 志村デイサービスセンター

・通所介護 介護予防通所介護 フロイデ在宅サポートセンター大宮中央

・通所介護 介護予防通所介護 フロイデ在宅サポートセンター大宮北

・通所介護 介護予防通所介護 フロイデ総合在宅サポートセンター緒川

・通所介護 介護予防通所介護 フロイデ総合在宅サポートセンター山方

・通所介護 介護予防通所介護 フロイデ総合在宅サポートセンター水戸けやき台

・通所介護 介護予防通所介護 フロイデ総合在宅サポートセンター水戸河和田

・介護老人保健施設 大宮フロイデハイム

- ・訪問介護 介護予防訪問介護 おおみやホームヘルパーステーション
- ・訪問看護 介護予防訪問看護 おおみや訪問看護ステーション
- ・居宅介護支援事業者 おおみや総合ケアプランセンター
- ・在宅介護支援センターおおみや
- ・おおみや配食サービスセンター

12、その他

サービスの提供開始にあたり、利用者に対し契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 医療法人博仁会 健康維持通所型サービス
フロイデアネックス

所在地 ひたちなか市大字足崎1 4 7 4－7

代表者 理 事 長 鈴 木 邦 彦 ㊞

説明者

所 属 フロイデアネックス

氏 名 ㊞

私は、契約書および本書面により、事業者からのサービスについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始、並びにサービス担当者会議等での必要な個人情報の利用に同意いたします。

利用者

住 所

氏 名

㊞

(代理人)

住 所

氏 名

㊞