

重要事項説明書

介護予防通所サービス及び第1号通所事業(通所介護相当サービス)以下「第1号通所事業」という。)の提供にあたり、介護保険法に関する「川崎市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備運営等に関する基準を定める条例」にもとづいて、当事業者がお伝えすべき事項は次のとおりです。

1. 事業者について

事業者名称	Life-iz 株式会社
主たる事務所の所在地	神奈川県横浜市泉区新橋町 1387 番地 5 上村ビル
代表者名	上村 健一
電話番号	045-516-5380

2. 事業所について

(1) 名称、所在地

事業所の名称	もとすみよしハッピーデイ
施設の所在地	神奈川県川崎市中原区荏宿 40-1 浅香ビル 1 階
事業所番号	1495200469
管理者の氏名	大谷 樹美
電話番号等	(電話)044-948-6497 (FAX)044-948-6498

(2) ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		川崎市の事業者指定		利用定員
		登録(指定)年月日	登録(指定)番号	
施設	地域密着型通所介護	令和元年 10 月 01 日	1495200469	10 名
	介護予防通所サービス	令和元年 10 月 01 日	1495200469	10 名

(3) 事業の目的

要介護状態又は要支援状態及び基本チェックリストに該当する高齢者等に対し、適正な通所介護及び第1号通所事業サービスを提供することを目的とする。

(4) 運営の方針

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の出来るよう支援する。又、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持、家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。

(5) 事業所の概要及び設備

定員	各単位: 10 名	静養室	1 室 2 床
食堂兼機能訓練室	1 室 31.3 m ²	相談室	1 室
浴室	一般浴槽 1	送迎車	2 台

※スプリンクラー、自動火災報知機等防災機器の設置。カーテン、布団は防火性能のあるものを使用しています。

3. 職員

(1)管理者（介護福祉士 常勤兼務 1名）

運営方針を遵守し、施設の従業者管理及び業務の管理を一元的に行います。

(2)生活相談員（介護福祉士 常勤兼務 1名 非常勤兼務 1名）

運営方針を遵守し、利用者や身元引受人への相談業務及び快適な介護サービスが提供できるよう支援します。

(3)介護職員（初任者研修 非常勤兼務 2名）

運営方針を遵守し、介護プランに沿って適切な介護サービスを行います。

(4)機能訓練指導員（あん摩マッサージ指圧師 常勤専務 1名）

運営方針を遵守し、利用者の機能回復訓練を行います。

4. 営業時間

営業日	毎週月曜日から金曜までとし、土曜日・日曜日以外の祝日も営業とします。
年末年始	12月28日から1月3日までは休業日にします。
営業時間	月～金 8時00分～17時00分
サービス提供時間	① 1単位目は8時55分から12時00分 ② 2単位目は13時00分から16時05分とします。

5. 利用定員

利用定員	①10名	②10名
------	------	------

6. 事業の実施地域

実施地域 川崎市一部、横浜市港北区一部
(川崎市一部、横浜市港北区一部はお問い合わせ下さい。)

7. サービス内容

- ①身体介護に関する援助
 - ・排泄の介助 ・移動、移乗の介助
- ②入浴に関する援助
 - ・衣類着脱の介助 ・身体の清拭、洗髪、洗身 ・その他必要な入浴介助
- ③送迎に関する援助
 - ・移動、移乗動作の介助 ・送迎
- ④相談、助言に関する援助
 - ・利用者および家族の日常生活における身上、介護などに関する相談および助言
- ⑤機能訓練に関する援助
 - ・日常生活動作能力の維持と向上、痛みの改善、間接可能域の改善など
- ⑥その他の援助
 - ・レクイエーション ・グループワーク ・行動的活動 ・体操(集団体操)
 - ・遊戯 ・休養(療養) ・音楽活動 ・制作活動 ・趣味活動

8. サービス利用料金

下記の料金表に基づき、ご利用者の要介護度等に応じたサービス利用料金から介護保険給付を除いた金額(自己負担額)とおやつ代をお支払い下さい。

(1) 介護給付金通所介護 (円/回・日)

※別紙1 参照

- ① 一定以上の所得のある方は、サービスを利用した時の負担割合が割増しとなります。
- ② 介護処遇改善加算として介護サービス利用料金の5.9%を加算致します。
- ③ 当事業所では、おやつ代を一ヶ月500円(税込)/一人を徴収させていただきます。

(2) 支払い方法

毎月、15日までに前月分の請求を送付いたしますので、翌月末日まで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。お支払い方法は、口座振替、現金集金の2通りの中から御契約の際に選べます。口座振替の場合は、別紙口座振替依頼書の記入をお願い致します。

9. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込みください。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。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。

(2) サービス利用契約の終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

原則として、サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知し、お客様およびお客様のご家族ならびに介護支援専門員との連携の上、サービス提供先の確保に努めます。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

・お客様が介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合

(この場合、契約条件を変更して再度契約することができます。)

・お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合。

又は当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通告することによって即座にサービスを終了することができます。

・お客様が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以降遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院又は病気等になり

3ヶ月以上にわたりサービスを利用できない状態であることが明らかになった場合、

又はお客様や御家族などが当施設や当施設の従事者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は文書で通知することにより、即座に契約を終了させて頂く場合がございます。

10. サービス利用にあたっての留意事項

お客様はサービス提供を受ける際には医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を従事者と確認し、心身の状態に応じた適切なサービスを受けることができるよう留意するようお願い致します。

11. サービス内容に関する相談・苦情

当事業所 ご利用者情報・苦情担当 東 健太 電話:044-948-6497

当事業所以外に市町村の相談・苦情窓口 神奈川県国民健康保険連合会等で受付けています。

市町村名 川崎市中原区役所 高齢・障害課 電話:044-744-3217

神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 電話:045-329-3447

12. 緊急時における対応方法

従事者は、サービスの提供を行っているときにお客様に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるように努めてまいります。

13. 非常災害対策

・被災時の対応 職員の誘導に従って非難して頂きます

・防災設備 消火器 2台

・防災訓練 2回/年 実施予定(4月・10月)

14. 事故発生時の対応

・お客様に対するサービスの提供により、お客様に事故が発生した場合は、事故対応マニュアル

の取り扱いに準じて、必要な措置を講じます。

- ・前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- ・お客様に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

15. 従事者の研修

事業所は、従業者の資質の向上を図るための研修の機会を次のとおり設けています。

採用時研修 採用後 1ヶ月以内

継続研修 年 2回

16. 衛生管理及び従事者等の健康管理等

サービスに使用する備品等は清潔を保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生管理に十分留意しています。

従事者に対して感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年 1 回以上の健康診断を受診させています。

17. 秘密の保持

・事業者は、業務上知り得たお客様またはその家族の秘密を保持します。

また、従事者であった者に、業務上知り得たお客様またはその家族の秘密を保持するため、従事者でなくなった後もこれらの秘密を保持すべき旨を労働契約の内容に明記しています。

・事業所は、個人情報に関してお客様より文章にて合意を得る。

また、お客様は、その使用目的の説明、開示の拒否、利用の停止等を事業者側に申し出、事業者は、その申し出の内容が妥当であることを判断した場合は、それに応じます。

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、事業者はお客様ならびにお客様家族に対して本書面に基つて重要事項を説明し、交付しました。

年 月 日

説明者 Life-iz 株式会社 地域密着型通所介護 もとすみよしハッピーデイ 印

管理者 印

私は重要事項について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

年 月 日

<<利用者氏名>> 印

<<代理者氏名>> 印

第1号事業:介護予防通所型サービス(1割負担)					
算定項目		単位数	算定単位	算定回数	算定回数の考え方
事業対象者 要支援1	入浴あり	379	1回につき	1回~4回	月に1回~4回の利用の場合
		1,897	1月につき	—	月に5回の利用の場合
要支援2	入浴あり	388	1回につき	1回~8回	月に1回~8回の利用の場合
		3,878	1月につき	—	月に9回~10回の利用の場合
第1号事業:介護予防通所型サービス(2割負担)					
算定項目		単位数	算定単位	算定回数	算定回数の考え方
事業対象者 要支援1	入浴あり	758	1回につき	1回~4回	月に1回~4回の利用の場合
		3,794	1月につき	—	月に5回の利用の場合
要支援2	入浴あり	776	1回につき	1回~8回	月に1回~8回の利用の場合
		7,756	1月につき	—	月に9回~10回の利用の場合