

重要事項説明書

(地域密着型通所介護)

利用者： _____ 様

事業者： リリーフ ステーション

1 当事業所の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	リリーフステーション
所在地	群馬県伊勢崎市日乃出町424番地1
サービス種類	指定地域密着型通所介護事業
介護保険指定番号	1070401052号
サービス提供地域	伊勢崎市

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください

(2) 事業の目的

事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、従業者が要介護状態にあるご利用者様に対し適正な指定地域密着型通所介護のサービスを提供することを目的とする。

(3) 運営の方針

事業の実施にあたり、ご利用者様の意思及び人格を尊重し、常にその立場に立っ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及び機能訓練等の援助を行うものとする。

(4) 営業時間

月曜日～土曜日	午前08:30～午後05:30
定休日	日曜日及び年末年始(12月30日～1月3日)

(5) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	社会福祉士・精神保健福祉士 1名	1名	0名	1名
生活相談員	社会福祉士・精神保健福祉士 1名 介護福祉士 1名	2名	0名	2名
看護師	看護師 2名	0名	2名	2名
介護職員	介護福祉士 1名 介護員2級 1名 初任研修 1名	2名	1名	3名
機能訓練指導員	看護師 2名	0名	2名	2名

(6) 当事業所の設備

定員： 10名/日
食堂兼機能訓練室： 1室 (98.96㎡)
浴場： 1室 (12.42㎡)
送迎車両： 6台

2 当事業所の連絡窓口 (相談・苦情・キャンセル連絡など)

TEL : 0270-61-6701

担当部署： 指定地域密着型通所介護事業 担当者： 熊谷 あづさ

受付時間：午前08:30～午後05:30

*国保連： 介護保険課 苦情処理相談窓口 TEL 027-290-1323

*市町村： 伊勢崎市 介護保険課 TEL 0270-24-5111

3 サービス内容

ご利用者様の通所介護計画に沿った、送迎・身体介護・食事の提供・入浴介助・機能訓練・アクティビティ
その他必要なサービスやご利用者様・ご家族様からのサービスに関するご相談を行います。

4 利用料

(1) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月10日までに当月分の料金を請求いたします。
25日までに、あらかじめ指定した方法でお支払いください。
領収書につきましては、お支払いいただいた時に交付します。

(2) 利用料金

利用料金表の自己負担額は下記の計算式で算出されます。

- ・利用料=単位×10.14円[7級地指定]×10%~30%[自己負担額]
- ・その他の加算…介護職員処遇改善加算Ⅲ=所定合計単位数×8.0%

利用料金表

介護保険適用	単位	自己負担額【1割】【2割】【3割】
要介護1	753単位	【825円】【1,650円】【2,475円】
要介護2	890単位	【975円】【1,950円】【2,925円】
要介護3	1,032単位	【1,130円】【2,260円】【3,390円】
要介護4	1,172単位	【1,283円】【2,566円】【3,849円】
要介護5	1,312単位	【1,437円】【2,874円】【4,311円】
機能訓練をしたとき	56単位	【61円】 【122円】 【183円】
入浴をしたとき	40単位	【45円】 【90円】 【135円】
ご利用時間を延長された時(1時間未満)	50単位	【56円】 【112円】 【167円】
〃 〃 〃 (1時間以上)	100単位	【110円】 【220円】 【330円】

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

○自己負担するもの(介護保険適用外)

食費	1日につき	600円
紙おむつ代・紙パンツ代	1枚につき	150円
尿とりパット	1枚につき	50円
レクリエーション材料費		実費
その他日常生活費		実費

(1) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合は、下記の交通費をいただきます。

交通費	1kmにつき	10円
-----	--------	-----

(2) キャンセル料金

①ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の30%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

通所介護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。なお、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。

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いしてご説明いたします。また、施設の見学・1日体験もできます。お気軽にご連絡ください。

(2) サービスの終了

① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに、文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1ヶ月前までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

- ・ ご利用者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ご利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕または要支援と認定された場合

※非該当〔自立〕または要支援と認定された場合は、条件を変更して再度契約をすることができます。

- ・ ご利用者様が亡くなられた場合

④ 契約解除

- ・ 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・ご利用者様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合は、文書で通知することで、ご利用者様は即座に契約を解約することができます。
- ・ 当事業所が破産した場合は、ご利用者様に文書で通知することで、即座に契約を解約することができます。
- ・ ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合は、事業者が文書で通知することで、当事業所におけるサービスの提供を即座に終了させていただく場合があります。
- ・ ご利用者様やご家族様などが、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、事業者が文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

⑤ その他

- ・ ご利用者様に、病気・怪我などで健康上に問題がある場合は、当事業所におけるサービスのご利用をお断りする場合があります。
- ・ 当事業所における当日の健康チェックにおいて、ご利用者様の診断結果が悪い場合、サービス内容の変更、またはサービスの提供を中止する場合があります。
- ・ 当事業所のサービス利用中に、ご利用者様の体調が悪くなった場合、サービス提供を中止する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。
- ・ ご利用者様に、他のご利用者様の健康に悪影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。ご利用者様の疾患（感染症）が治癒するまで、当事業所におけるサービスの利用はお断りさせていただきます。
- ・ サービスのご利用時は、多額の金銭・貴重品類は持参しないでください。また、ご利用者様間での金銭の貸し借り・物品の貸し借り・食べ物のやりとりはご遠慮ください。
- ・ 当事業所の施設内では、政治活動・宗教活動・物品の販売などの行為は、禁止させていただきます。

6 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄：)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの 連絡基準		

7 個人情報の保護

当事業所は、ご利用者様またはそのご家族様の個人情報については、介護サービスの提供以外に利用しないものとし、外部への提供はご利用者様またはそのご家族様の同意を得るものとします。

また、従業者は業務上知り得たご利用者様またはご家族様の秘密は保持し、従業者でなくなった後においても保持すべき旨の雇用契約とします。

8 事故発生時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に事故が発生した場合は、関係各位に連絡するとともに、賠償すべき事故の場合、当事業所はご利用者様に対して賠償責任を負うものとします

9 虐待の防止

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、責任者（管理者兼務）及び相談窓口を設置して苦情解決体制を整備、従業者に対する研修を実施する等の措置を講じます。

また、サービスの提供中に、従業者等又は家族等（養護者）による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、速やかに市町村に通報するものとします。

10 身体拘束等の禁止

当事業所は、サービス提供にあたっては、ご利用者様の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等の行為を行いません。

やむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人または家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その様態及び時間、心身の状況並びに緊急やむを得ない理由などを記録し、責任者（管理者兼務）を置きます。

11 感染症対策の強化

当事業所は、感染症の予防及びまん延防止のための、対策を検討する委員会の開催や指針の整備、従業者への研修及び訓練を実施し、責任者（管理者兼務）を置きます。

12 ハラスメント対策の強化

当事業所は、適切なハラスメント対策を強化するため、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する責務を踏まえつつ適切な対策を行い、責任者（管理者兼務）を置きます。

13 業務継続に向けた取り組みの強化

当事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスが継続的に提供できるように業務継続に向けた計画等の策定、従業者への研修及び訓練を実施し、責任者（管理者兼務）を置きます。

14 第三者評価の実施状況等

第三者による評価の実施・・・なし

【会社の概要】

社名 株式会社 リリーフ ライフ
資本金 3,000,000 円
社員数 25名
設立 16年11月
所在地 群馬県伊勢崎市日乃出町424番地1
代表者 代表取締役 熊谷 博

【事業内容】

訪問介護事業／居宅介護支援事業／通所介護事業／福祉用具貸与・販売事業／介護タクシー事業
地方公共団体（区市町村）から介護被保険者認定調査業務の受託

【事業者】

住 所：群馬県伊勢崎市日乃出町424番地1
社 名：株式会社 リリーフ ライフ
代 表 者：代表取締役 熊谷 博 印

【事業所】

住 所：群馬県伊勢崎市日乃出町424番地1
事業所名：リリーフ ステーション
(指定番号 1070401052)

担当者_____より、重要事項説明書の内容について、説明を受け、同意し、受領
しました。

年 月 日

【ご利用者様】 住 所 _____

氏 名 _____

【ご家族様】 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄)

【代理人】 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄)

署名代行理由：