

地域密着型通所介護・指定介護予防通所型サービス重要事項説明書

1 地域密着型通所介護・介護予防通所型サービス事業者(法人)の概要

名称・法人種別	株式会社 健実
代表者名	代表取締役 小西 朋子
所在地・連絡先	(住所) 千葉県松戸市東松戸4丁目3番13号 (電話) 047-382-5098 (FAX) 047-718-9470

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	フィットネス 笑楽 ～らら～
所在地・連絡先	(住所) 千葉県市川市南大野2丁目4番43号 (電話) 047-393-8364 (FAX) 047-701-7944
事業所番号	1290800737
管理者の氏名	小西 朋子
利用定員	15人以下

(2) 事業所の職員体制・勤務体制

従業者の職種	人数 (人)	勤務体制	職務の内容
管理者	1	正規の勤務時間帯 常勤兼務で勤務	事業所と従業員の管理
生活相談員	1以上	正規の勤務時間帯 常勤・非常勤で勤務	相談業務等
介護職員	1以上	正規の勤務時間帯 非常勤で勤務	日常生活の支援等
機能訓練指導員	1以上	正規の勤務時間帯 非常勤で勤務	身体機能訓練等
看護職員	1以上	正規の勤務時間帯 非常勤で勤務	利用者の健康管理等

(4) 施設の概要

定員	15人
機能訓練室兼食堂	76.90㎡
相談室	4.40㎡
静養室	1.60㎡
脱衣所	2.80㎡

(5) 営業日

営業日	営業時間	営業しない日
月曜日～金曜日	8:00～17:00	土曜日、日曜日、 夏休み (8月13日～8月16日) 年末年始 (12月30日～1月3日) ゴールデンウイーク (5月3日～5月5日)

(6) サービス提供時間 第1部 9:00～12:15 第2部 13:30～16:45

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス、サービス内容

種 類	内 容
機 能 訓 練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持向上を計るよう努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> リハビリマシン 3台 エアーマッサージ機(メドマー) 1台 リハビリゲーム機 2台 バイクマシン 1台 ウォーターベッド
生 活 指 導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健 康 チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相 談 及 び 援 助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
入 浴	利用者の入浴介助を行います。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。

(2) 費用 (介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金に利用者負担割合を乗じた金額が負担額となります)

料金を目安 (介護職員等処遇改善加算を含む)

○要支援の方

要支援1	利用回数	利用回数	要支援2	利用回数	利用回数
	月4回まで	月5回以上		月8回まで	月9回以上
	436単位/回	1798単位/月		447単位/回	3621単位/月

○要介護の方

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上4時間未満	416単位	478単位	540単位	600単位	663単位

○加算(1日につき)要介護

種類(地域通所介護)	利用料
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56単位
サービス提供体制加算Ⅱ	18単位
入浴介助加算Ⅰ	40単位
処遇改善加算Ⅰ	全利用料の9.2%相当額

○加算(1か月につき)要支援

種類(通所型独自サービス)	利用料
提供体制加算Ⅱ1	要支援1・事業対象者:72単位/月
提供体制加算Ⅱ2	要支援2・特定事業対象者:144単位/月
処遇改善加算Ⅰ	全利用料の9.2%相当額

【計算例】(要支援1の方が4回ご利用の場合)

{ 提供単位 + 提供体制加算Ⅱ1 + 処遇改善加算Ⅰ } × 10.45円
 { 436 × 4 + 72 + (1744 × 9.2%) × 0.092 } × 10.45 = 20722円
 (負担割合が1割の場合 2072円程)

- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様には利用料金全額をお支払い頂く事となります。尚、長期(2ヶ月)にわたりの滞納については当事業所のご利用が出来なくなりますのでご了承ください。

(3)介護保険給付対象外サービス

○ドリンクサーバー使用料 月額200円とする。

○紙パンツ及びパットを当事業所が必要と判断した場合

紙パンツ:100円/枚 パット:50円/枚とする。

○衛生材料費(処置代、ガーゼ、湿布等)として 100円/枚

○タオル貸与(実費負担) バスタオル:200円/回 フェイスタオル:100円/回

○製作レクリエーション(無料/一部材料費あり)

○キャンセル料

利用日の午前の部は午前8時午後の部は12時までにご連絡なくキャンセルされた場合は、自己負担相当額をいただくことがあります。ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

(4) 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたします。原則として自動振替にてお支払いただきます。振替日はサービス提供月の翌月27日(金融機関が休業の場合は翌営業日)とさせていただきます。なお、自動振替の手続は契約締結時に行います。

特段の事情がある場合は、振込または現金によるお支払にも対応いたします。その場合は、サービス提供月の翌月27日(金融機関が休業の場合は翌営業日)までにお支払い願います。

振込の場合は下記の口座に送金願います。

金融機関名	: 東京東信用金庫	支店名	: 市川支店
預金種別	: 普通預金	口座番号	: 3287323
口座名義	: 株式会社健実 代表取締役 小西朋子		

入金確認後、領収証を発行します。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

株式会社健実が設置する フィットネス 笑楽～らら～ において実施する地域密着型通所介護〔指定介護予防通所型サービス〕事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び介護職員、機能訓練指導員が、要介護状態〔要支援状態〕の利用者に対し、利用者の意志及び人格を尊重し利用者の立場に立った適切な地域密着型通所介護〔指定介護予防通所型サービス〕を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

- ① 指定介護予防通所型サービスの提供にあたって、要支援状態の利用者に可能な限りその居宅において、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支援及び機能訓練を行うことにより、要支援者の心身機能の回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
- ② 地域密着型通所介護の提供にあたって、要介護状態の利用者に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ができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

指定介護予防通所型サービスの提供にあたって、要支援状態の利用者に可能な限りその居宅において、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支援及び機能訓練を行うことにより、要支援者の心身機能の回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

- ③ 利用者の維持向上を計り要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
- ④ 事業の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3)その他

① 地域密着型通所介護計画・介護予防通所介護計画の作成

当事業所の管理者または生活相談員が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、地域密着型通所介護計画を作成します。

② 個別機能訓練計画の作成

当事業所の機能訓練指導員が、個別機能訓練計画書を作成します。

③ 運営推進会議

規定に基づき、事業所が設置・開催・運営します。

④ 従業員研修

入社1ヶ月以内及び随時行います。

5 サービス内容に関する相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 小西 朋子(こにし ともこ) ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話 (047-393-8364) 面接(当事業所相談室)
当事業所以外の窓口	市川市役所 介護保険課 047-712-8548 千葉県国民保険団体連合会 043-254-7428

6 健康上の理由による中止

- ① 風邪、発熱及び病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、発熱(37.0度以上)もしくは利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止することがあります。

その場合、御家族及び介護支援専門員に速やかに連絡した上で適切に対応します。また、必要に応じて主治の医師などに連絡を取る等、必要な措置を講じます。

※サービスを中止した場合、同月内であれば振り替え利用ができます。ただし、振り替え日の利用人数によっては、お受けできないこともありますのでご了承ください。

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏 名	
	電話番号	

緊急時 連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住 所	
	電話番号	

緊急時 連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住 所	
	電話番号	

8 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。
避難訓練及び 防災設備	別途定める消防計画にのっとり年1回避難訓練を行います。

*利用日当日、安全を確保する事が難しいと判断される気象警報が発令された場合は、利用可否を電話にて連絡いたします。

9 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員、および市町村等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

10 サービス利用に当たっての留意事項

- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 他の利用者の気分を大きく害する行為、言動はご遠慮ください。
- 原則 所持金品の持ち込みはご遠慮下さい。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 建屋内、及び、敷地内は禁煙とさせていただきます。
- 施設内への食べ物の持ち込みは禁止しております。
- 利用者間での個人的な物の受け渡しは禁止しております。

以下7ページ目余白