

重要事項説明書 (通所介護・介護予防通所サービス)

1 運営方針

要介護・要支援状態にある利用者が、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように必要な援助を行います。その為に、利用者が心身の状態などに応じた適切なサービスを受けられることが出来るようにすることを運営方針とします。

2 事業者の概要

法人種別・名称	社会福祉法人 読売光と愛の事業団
代表者氏名	理事長 水 田 邦 雄
法人所在地	東京都千代田区大手町 1-7-1 読売新聞東京本社内

3 事業所の概要

事業所名称	よみうりランド花ハウス
管理者名	施設長 川 戸 直 志
所在地	神奈川県川崎市多摩区菅仙谷 4-1-4
電話番号	0 4 4 - 9 6 9 - 3 1 1 1
介護保険事業者番号	1 4 7 5 4 0 0 6 8 3

4 職員体制

従事者の職種	員数	区 分			
		常 勤		非常勤	
		専任	兼任	専任	兼任
管 理 者	1 名	名	1 名	名	名
生 活 相 談 員	2 名	名	2 名	名	名
介 護 職 員	12 名	名	12 名	名	名
看 護 職 員	2 名	名	名	名	2 名
機能訓練指導員	2 名	名	2 名	名	名

5 設備の概要

区 分	数 量 ・ 規 模	備 考
利用定員	5 0 名	
機能回復訓練室	1 室 (269.76㎡)	
食 堂		
浴 室	1 室 (42.46㎡)	特殊浴槽、一般浴槽
便 所	4 室 (4.72㎡)	

6 サービス提供地域

通常の送迎地域 川崎市多摩区、麻生区

7 サービス提供時間

午前9時45分から午後3時45分まで（6時間以上7時間未満）

〔ただし、日曜日、年末年始（12/29～1/3）を除く〕

8 サービス利用の中止

（１） 利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに事業所にご連絡をお願いします。

（２） 利用者のご都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をご負担いただく場合がございます。

・ サービス利用日の前日までは、無料

・ サービス利用日の当日は、介護報酬の利用者負担額に相当する額及び食材料費の額

9 協力病院等

名 称	多摩丘陵病院	名 称	日本医科大学付属多摩永山病院
所 在 地	町田市下小山田町1491	所 在 地	多摩市永山1-7-1
電話番号	042-797-1511	電話番号	042-371-2111
診 療 科	外・内・整形・脳神・泌尿・リハ・眼・歯他	診 療 科	外・内・整形・消化・皮膚・脳神・精神眼・泌尿・耳鼻咽喉他
入院設備	有り	入院設備	有り
名 称	稲城市立病院		
所 在 地	稲城市大丸1171		
電話番号	042-377-0931		
診 療 科	外・内・整形・耳鼻咽喉・眼他		
入院設備	有り		

10 緊急時の対応方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

緊急連絡先 ①	氏 名 【	年齢（	歳）
	自宅電話（		）
	携帯電話（		）
	勤務先名称（		）
	勤務先電話番号（		）
緊急連絡先 ②	氏 名 【	年齢（	歳）
	自宅電話（		）
	携帯電話（		）
	勤務先名称（		）
	勤務先電話番号（		）

11 非常災害対策

災害時の対応	「介護老人福祉施設 よみうりランド花ハウス消防計画」にのっとり対応を行います。
近隣との協力関係	近隣町内会及びよみうりランドと近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援ができるよう話し合いをしています。
平常時の訓練	「介護老人福祉施設 よみうりランド花ハウス消防計画」により、年2回昼間を想定した避難訓練を実施します。
防 災 設 備	スプリンクラー・避難階段・自動火災報知器・誘導灯・補助散水栓 ガス漏れ報知器・防火扉・非常通報装置・漏電火災報知器・非常用電源カーテン・布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	防火管理責任者 信 太 竜 二

12 相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設相談窓口	電話番号 044-969-3111 fax番号 044-969-3161 相談員（責任者） 宇 治 淳 史 対応時間 8：30 ～ 17：00 土、日祭日除く
苦情相談解決 第三者委員	牧 新一郎（元読売光と愛の事業団 評議員） 電話番号 090-8036-1212 小池 多恵子（菅地区民生委員児童委員） 電話番号 044-945-4611

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

川崎市役所高齢者事業 推進課事業者指導係	電話番号 044-200-0445 fax番号 044-200-3926 対応時間 8：30 ～ 17：30 土、日祭日除く
神奈川県国民健康保険団 体連合会（国保連）	電話番号 0570-022110 fax番号 0570-033110 利用時間 8：30 ～ 17：30 土、日祭日除く

13 その他

契約期間中、介護保険法等の法令改正及び施設の料金改正により利用者の負担金の改定が必要となった場合には、料金改正後速やかに利用者に対し改定の施行時期及び改定後の金額を説明し、本契約の継続について契約者の意思を確認するものとします。

14 利用者負担金

(1) 利用者の方からいただく負担金は次のとおりです。

1. 介護報酬に係る費用

R7. 4. 1

種 別		通所介護					
地域加算	2級地	10.72 円	サービス1回あたりの単位数、金額				
項 目			所 定 単位数	本人負担額 (1割の場合)	本人負担額 (2割の場合)	本人負担額 (3割の場合)	
基本額	通常規模型通所介護 (6時間以上7時間未満)	要介護1	584単位	約626 円	約1,252 円	約1,878 円	
		要介護2	689単位	約739 円	約1,478 円	約2,216 円	
		要介護3	796単位	約854 円	約1,707 円	約2,560 円	
		要介護4	901単位	約966 円	約1,932 円	約2,898 円	
		要介護5	1,008単位	約1,081 円	約2,161 円	約3,242 円	
中重度者ケア体制加算		1日につき	45単位	約49 円	約97 円	約145 円	
入浴介助加算(Ⅰ)		1日につき	40単位	約43 円	約86 円	約129 円	
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ		1日につき	56単位	約60 円	約120 円	約180 円	
個別機能訓練加算(Ⅱ)		1月につき	20単位	約22 円	約43 円	約65 円	
科学的介護推進体制加算		1月につき	40単位	約43 円	約86 円	約129 円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		1日につき	22単位	約24 円	約47 円	約71 円	
居宅と事業所間で送迎を行わない場合		片道につき	△47単位	約△ 51円	約△ 101円	約△ 151円	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		1月につき		(1ヶ月の総単位数×9.2%) のうちの1割相当分	左記の2割相当分	左記の3割相当分	

R7.4.1

種 別		介護予防通所サービス								
地域加算		2級地	10.72 円							
項目										
基本額	介護予防 通所サービス	事業対象者 要支援1	入浴なし	1～4回 5回 (1月あたりの単位)	339単位 ×1～4回 1,697単位	約 364 円 ～ 約 1,454 円 約 1,820 円	約 727 円 ～ 約 2,908 円 約 3,639 円	約 1,091 円 ～ 約 4,361 円 約 5,458 円		
			入浴あり	1～4回 5回 (1月あたりの単位)	379単位 ×1～4回 1,897単位	約 407 円 ～ 約 1,626 円 約 2,034 円	約 813 円 ～ 約 3,251 円 約 4,067 円	約 1,219 円 ～ 約 4,876 円 約 6,101 円		
			要支援2	入浴なし	1～8回 9回～10回 (1月あたりの単位)	348単位 ×1～8回 3,478単位	約 373 円 ～ 約 2,985 円 約 3,729 円	約 746 円 ～ 約 5,969 円 約 7,457 円	約 1,119 円 ～ 約 8,954 円 約 11,186 円	
				入浴あり	1～8回 9回～10回 (1月あたりの単位)	388単位 ×1～8回 3,878単位	約 416 円 ～ 約 3,328 円 約 4,158 円	約 832 円 ～ 約 6,555 円 約 8,315 円	約 1,248 円 ～ 約 9,983 円 約 12,472 円	
		科学的介護推進体制加算			1月につき	40単位	約 43 円	約 86 円	約 129 円	
		通所型独自送迎減算（事業所が送迎を行わない場合）			片道につき	～47単位	～約 51 円	～約 101 円	～約 151 円	
		サービス提供体制強化加算（1）	要支援1	1月につき	88単位	約 95 円	約 189 円	約 283 円		
			要支援2	1月につき	176単位	約 189 円	約 378 円	約 566 円		
	介護職員等処遇改善加算（1）				1月につき		(1ヶ月の総単位数 × 9.2%) のうちの1割相当分	左記の2割相当分	左記の3割相当分	

2. その他の費用

共 用		サービス1回あたりの単位数、金額	
食費		1日につき	910 円
オムツ代		1枚につき	実 費
日用品費		利用者・家族の希望	実 費
教養娯楽費		利用者・家族の希望	実 費
特別な食事		利用者・家族の希望	実 費
行事代	行事等に参加した場合の参加費等	利用者・家族の希望	実 費
交通費	通常の実施地域以外の地域に送迎を行う場合 (1回につき)	事業所から概ね5km未満 以降5kmを超えて1km毎に	500 円 100 円
キャンセル料	利用日の前日までに連絡がなかった場合、介護報酬に係る利用者負担金 (1割、2割または3割相当分)及び食材料費		実 費

令和 年 月 日

通所介護サービス等利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明いたしました。

事業者 事業者名 社会福祉法人読売光と愛の事業団

施設 施設名 よみうりランド花ハウス

説明者 _____ 印

令和 年 月 日

通所介護サービス等利用契約の締結にあたり、施設から重要事項の説明を受け、交付を受けました。

利用者 〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____

身元引受人 〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____

(利用者との続柄： _____)