

地域密着型通所介護
第 1 号通所事業(通所型サービス)
【重要事項説明書】

地域密着型通所介護・第1号通所事業(通所型サービス)〔重要事項説明書〕

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたい重要事項をご説明します。

1. 事業者（法人）の概要

(1) 事業者（法人）の名称	株式会社 ホライズン
(2) 主たる事務所の所在地	徳島市安宅二丁目2番37号
(3) 代表者（職名・氏名）	代表取締役 水田 健次
(4) 設 立 年 月 日	平成26年4月2日
(5) 電 話 番 号	088（623）4854

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称	ライフケア アライブ
(2) 主たる事務所の所在地	徳島市八万町千鳥20-13
(3) 管 理 者	水田 恵美
(4) 指定年月日	地域密着型通所介護 令和2年7月1日 第1号通所事業 令和6年4月1日
(5) 電話番号	088（678）4452
(6) サービスの種類	地域密着型通所介護・第1号通所事業(通所型サービス)
(7) 事業所番号	3670104136
(8) 単位／定員	1・2単位目 各定員10名
(9) 通常の事業の実施地域	徳島市

3. 運営の方針

運営の方針

お客様の心身の特徴をを踏まえて、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お客様の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・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および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保険・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 事業の目的

事業の目的

住み慣れた環境や地域で、お客様が自立した暮らしを営めるよう援助致します。

5. 提供するサービスの内容

サービスの内容

地域密着型通所介護計画書または第1号通所事業(通所型サービス)計画書に沿った、送迎・身体介護・レクリエーション、生活等に関連する相談援助・指導、健康状態の確認や生活上必要な世話及び機能訓練を提供致します。

6. 営業日時

(1) 営業日

月曜日～金曜日(祝日を含む)ただし、12月30日～1月3日は除く

(2) 営業時間

月曜日～金曜日 午前8時00分～午後5時00分

(3) サービス提供時間

月曜日～金曜日

1単位目：午前9時00分～午前12時00分まで

2単位目：午後1時00分～午後4時00分まで

7. 事業所の職員体制

(1) 職種

勤務形態 / 人員数

(2) 管理者

常勤1名 非常勤0名

(3) 生活相談員

常勤1名以上 非常勤0名

(4) 介護職員

常勤1名以上 非常勤0名

(5) 機能訓練指導員

常勤1名以上 非常勤0名

8. サービス利用料金

事業所規模別・要介護度別・提供時間別等で定められた、介護保険給付の限度内でサービスを利用した場合の「基本料金表」は以下のとおりとなります。お客様がご負担頂く料金は、料金表の「基本料金＋加算」の合計の1割の場合を記載しております。

(1) 地域密着型通所介護の利用料金

利用時間3～4時間

要介護度	基本料金 (1回当)	個別機能訓練加 算Ⅰイ	個別機能訓練加 算Ⅱ	科学的介護推進 体制加算	サービス提供体 制強化加算	介護職員処遇改 善加算Ⅰ	お客様 負担料金
要介護1	416	56	20	40	22	51	614円
要介護2	478	56	20	40	22	57	683円
要介護3	540	56	20	40	22	62	751円
要介護4	600	56	20	40	22	68	818円
要介護5	663	56	20	40	22	74	888円

(2) 第1号通所事業(通所型サービス)の利用料金

要支援1の方

利用回数	基本料金	科学的介護 推進体制加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員 処遇改善加算Ⅰ	お客様 負担料金
1	436	40	88	52	625円
2	872	40	88	92	1108円
3	1308	40	88	132	1590円
4	1744	40	88	172	2073円
5	1798	40	88	177	2133円

要支援2の方

利用回数	基本料金	科学的介護 推進体制加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員 処遇改善加算Ⅰ	お客様 負担料金
1	447	40	176	61	735円
2	894	40	176	102	1229円
3	1341	40	176	143	1724円
4	1788	40	176	184	2219円
5	2235	40	176	225	2714円
6	2682	40	176	267	3210円
7	3129	40	176	308	3705円
8	3576	40	176	349	4199円
9	3621	40	176	353	4249円

(3) 利用の中止

利用の中止	お客様から利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合は、キャンセル料として下記の料金をお支払い頂きます。ただし、体調不良等正当な理由がある場合は、キャンセル料の請求は致しません。	
利用当日に申し出があった場合		500円

(4) その他のサービス料金

[介護保険給付対象外の料金表]

レクリエーション、趣味活動	材料費等は【実費】負担となります。
排泄（おむつ代）	紙おむつ、リハビリパンツ、尿取りパット等。【実費】
送迎	通常の事業実施地域を越える送迎の場合。【徴収する】
複写物	サービス提供に関する記録の複写の場合。【一律10円】
連絡ノート代	当初1回500円【実費】

(5) 支払い方法

利用料金、キャンセル料金、その他のサービス料金の合計金額をお支払い下さい。

請求書の発行	利用月ごとの計算で請求し、請求書は翌月15日までに送付致します。
支払い方法	下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 ①自動口座引き落とし ②現金支払い(お釣りのない様ご協力をお願い致します) ③事業者指定口座への振り込み [指定口座] 株式会社ホライズン 阿波銀行 福島支店 普通 1215425 毎月25日までにお支払いください。（手数料はお客様負担になります）

9. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画・風水害・地震等の災害に対応するための計画を作成し、責任者を定め、年一回定期的に避難・救出その他必要な訓練を行うものとします。

10. 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるものとします。

- ①虐待を防止するための従事者に対する研修の実施
- ②利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ③その他、虐待防止のために必要な措置

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

11. 苦情相談窓口

- | | | |
|----------------|----------------------------|------------------------------------|
| (1) 事業所苦情相談窓口 | ライフケア アライブ
担当：水田 恵美 | |
| (2) 事業所外苦情相談窓口 | 徳島市高齢介護課
徳島県国民健康保険団体連合会 | TEL088(621)5585
TEL088(665)7205 |

12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施無し

送迎に関する説明及び同意書

安全で、円滑な送迎を提供させていただくにあたり、今一度ご利用者様・ご家族の皆様に当事業所の運営規定をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い致します。

1. 原則として、玄関の中まで、お迎え・お送りいたします。
2. 身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご利用者様・ご家族様と話し合い、当事業所で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。
3. お迎えの時間は、あらかじめお伝えいたします。交通事情等で、10分以上遅れる場合は、電話連絡させていただきます。10分以内の遅れはご容赦くださいませ。
4. 乗車中は、全席シートベルトを必ず着用してください。
5. 送迎職員到着後、体調不良を除き、準備等が整ってない場合、他のご利用者様にもご迷惑をおかけすることになり、あまり長時間待つことは出来ません。スムーズで安全な送迎を行うために、ご利用者様・ご家族様のご協力をお願い致します。

個人情報保護に関する同意書

1. 当事業所は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いの為のガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。
2. 従事者が得た利用者又はその家族の個人情報については、サービス担当者会議・事業所でのサービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得ます。
3. 従事者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
4. 従事者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従事者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、従事者との雇用契約の内容とします。

ホライズンは、重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護または第1号通所事業(通所型サービス)のサービス内容の説明を行いました。本書交付を証するため、本書2通を作成し、ホライズン及びお客様(またはその代理人様)は、署名の上、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

契約者氏名

〔事業者〕

事業所 株式会社 ホライズン

住 所 徳島市安宅二丁目 2 番 3 7 号

代表者名 代表取締役 水田 健次

説明者 管理者 水田 恵美

私は、重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護または第1号通所事業(通所型サービス)のサービス内容及び重要事項の説明を受け、その説明内容に同意します。

〔利用者様〕

住 所

氏 名

〔代理人〕

住 所

氏 名

〔家族の代表〕

氏 名