介護予防通所型サービス介護事業　重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（指定　第　1270804030　号）

当事業所はご契約者に対して介護予防通所型ｻｰﾋﾞｽ介護事業を提供します。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ことを、次のとおり説明します。

〔目　次〕

1.	法人（事業者）の概要	1
2.	ご利用事業所の概要	1
3.	職員の配置状況	2
4.	当事業所が提供するサービスの特徴	3
5.	当事業所の利用料金	3
6.	緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について	5
7.	契約終了について	6
8.	サービス内容に関する苦情と相談	7
9.	非常災害対策	7

1.　法人（事業者）の概要

(1) 法人名　　合同会社 自立支援

(2) 法人所在地　　千葉県市川市鬼高２丁目１０番１２－４１２号

(3) 電話番号　　０４７－３３３－６３７５

(4) 代表者名　　代表社員　花澤　剛弘

(5) 設立年月日　　平成２５年１０月１０日

2.　ご利用施設の概要

(1)　事業所の種類　　介護予防通所型サービス介護事業(H26.2.1 指定)

(2)　事業所番号　　**１２７０８０４０３０**

(3)　事業所の名称　　ケアフルクラブ・ジム フローラ

(4)　事業所の所在地　　千葉県市川市須和田１丁目１番１０号

(5)　電話番号　　０４７－７１８－０４８７

(6)　管理者名　　花澤　剛弘

(7)　開設年月日　　平成 26 年　2 月　 1 日

(8)　利用定員　　１６名

(9)　サービス提供地域　市川市

(10)設備の概要

機能訓練室	65.5 ㎡	静養室	1　室
送迎車両	2　　台	相談室	1　室

(11) 営業日、時間

月、火、木、金曜日	午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分
水曜日・日曜日	定休日

年末年始休暇、夏期休暇は（年度ごとに異なります）休業です。

3.　職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防通所介護を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職員配置については、指定基準を遵守しています。

職　　種	業務内容	指定基準数
管理者	事業の管理、運営	1 名
生活相談員	相談援助業務、業務管理等	1 名
看護職員	体調管理に必要な看護を行う	1 名
介護職員	利用者の介護業務	2 名
機能訓練指導員	機能訓練の指導	1 名

4.　当事業所が提供するサービスの特徴

(1) 運営方針

事業所の従事者は、ご契約者の心身の特徴を踏まえて、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、日常生活上の支援および機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能、生活機能の維持回復を図るために、必要な事業を行うものとします。

(2) 提供するサービス

介護予防通所型サービス計画に沿って必要な基本サービスおよび、運動器の機能向上を行います。

5.　当事業所の利用料金

サービス利用料金（１日あたり）　契約書第６条参照

ご契約者の要支援状態区分に応じたサービス利用料金および加算料金から介護給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払いください。

☆　介護報酬１単位当たりの単価は、　10．45 円です。

(1) 要支援状態区分別のサービス単位数および保険給付額と自己負担額について
利用者の介護度や利用する回数、負担割合により金額が設定され、要支援の介護度は介護保険被保険者証、負担割合は介護保険負担割合証に記載されています。

(2)　加算の種類（月単位と回数単位があります）
利用者の介護度や利用する回数毎により加算されるもの「介護職員等処遇改善加算」とご利用の月毎に加算されるもの「サービス提供体制強化加算」があります。

(3)利用料のお支払方法(契約書第 6 条参照)

前記の料金・費用は、月末締めのうえ１カ月ごとに計算し、毎月 5 日までに前月分の請求書を発行いたします。
お支払方法は、現金でお願いします。
事業所は、料金の支払いを受けたときは、ご契約者等に対し領収証を発行します。
ご契約者等が事業所に支払うべきサービス利用料金を正当な理由なく遅延した場合には督促を致します。

6.　緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について

①　ご契約者に容体の変化等があった場合は、医師または歯科医師など医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じるほかご家族の方に速やかに連絡いたします。

②　風邪、病気の場合および、当日の健康チェックの結果体調が不調の場合は
サービス内容の変更またはサービスを中止することがあります。

③　非常災害時の対応については、防災計画に基づいて適切に対応します。

④　緊急連絡先
体調の変化非常災害時等、緊急の場合は別途定める緊急連絡先に連絡します。

7．契約の終了について(契約書第 15 条参照)

当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。以下の事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

・ご契約者が死亡した場合

・ご契約者が原則、市川市民でなくなったとき

・要介護認定により、ご契約者の心身の状況が要介護状態と判定された場合
・ご契約者から中途解約・契約解除の申し出があった場合
・事業所から退所の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照ください)
・他の利用者や職員への危害等の発生が予測される場合
・施設内において器物損壊等の被害が発生した場合

(1) ご契約者からの中途解約・契約解除の申し出について(契約書第 16 条、17 条参照)

ご契約者は中途解約・契約解除を申し出ることができます。

8. サービス内容に関する苦情と相談

① 当事業所ご利用相談･苦情担当
苦情受付担当者 管理者 花澤 剛弘
電話番号 ０４７－７１８－０４８７
② 下記の窓口で受け付けております。
○市川市 福祉部 介護保険課
〒272-8501 市川市八幡 1 丁目 1 番 1 号 TEL：047-712-8548

9. 非常時及び災害対策

・災害時の対応 ----- 避難計画に基づき、対応いたします。
・消防設備 ----- 消防関係法令に基づき、消防設備を設置しています。
・防災責任者 ------ 施設長 花澤 剛弘
・避難誘導 ------ 看護職員 搬送及び員数確認・
・避難場所 ------ 六所神社 境内（市川市須和田 2-22）

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、介護予防通所型サービスの開始に同意しました。

令和 年 月 日

ご契約者

ご家族名 ㊞