

# リハビリデイサービス「笑う門」

## 通所介護

### 重要事項説明書

\_\_\_\_\_様（以下利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

#### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 クロスドリフト
主たる事務所の所在地	〒192-0352 東京都八王子市大塚 1446-3
代表者（職名・氏名）	代表取締役 岩竹 信之
設立年月日	平成 27 年 6 月 16 日
電話番号	電話：042-694-0360 FAX：042-641-0947

#### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	リハビリデイサービス「笑う門」	
サービスの種類	通所介護、第一号通所事業（総合事業）	
事業所の所在地	〒192-0352 東京都八王子市大塚 1446-3	
電話番号	電話：042-694-0360 FAX：042-641-0947	
指定年月日・事業所番号	平成 28 年 3 月 1 日指定	1372907939
実施単位・利用定員	1 単位	定員 40 人
通常の事業の実施地域	八王子市の一部、多摩市、日野市の一部 ※運営規定による	

#### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、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、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

#### 4. 提供するサービスの内容

通所介護は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで（祝日も営業） ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間 ※（注）参照	要介護（7時間15分） ① 9時15分から16時30分まで ----- 要支援（2時間15分） ② 10時00分から12時15分まで ③ 13時30分から15時45分まで ④ その他

（注）「サービス提供時間」とは、利用者を事業所に迎えてから送り出すまでの時間を言います。

#### 6. 事業所の職員体制 （2023.2.1現在）

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 2人～、 非常勤 2人～
介護職員	常勤 3人～、 非常勤 8人～
機能訓練指導員	常勤 2人～、 非常勤 2人～
看護職員	※1 非常勤 2人～

※1 1り・らいふ訪問看護ステーションとの連携による。

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 高井 里花
----------	-----------

#### 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割もしくは2割または3割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 通所介護の利用料 (1日につき)

以下の単位合計に 10.68 を掛けた額の 1 割または 2 割もしくは 3 割が自己負担となります。

	①基本単位 1日につき	②個別機能 訓練加算 (I)ロ	③科学的介 護推進体制 加算	介護職員等 処遇改善加 算(II)
要介護1	658単位	76/日	40/月	①②③ 合計の 9.0%
要介護2	777単位			
要介護3	900単位			
要介護4	1023単位			
要介護5	1148単位			

ご利用料金 例

	①基本部分 1割負担の場合 (2割)(3割)	②個別機能訓練 加算(I)ロ	③科学的介護推 進体制加算	処遇改善加算(II)
要介護1	703円 (1406円)(2108円)	82円/日	43円/月	①+②+③ 合計の9.0%
要介護2	830円 (1660円)(2490円)			
要介護3	961円 (1922円)(2884円)			
要介護4	1093円 (2185円)(3278円)			
要介護5	1226円 (2452円)(3678円)			

・個別機能訓練加算 I ロ

利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し実施した場合に算定

・科学的介護推進体制加算

LIFE システムで厚生労働省に通所サービスに関し報告し、活用した場合に算定

・処遇改善加算

介護職員の賃金の改善に向け、改善計画書を八王子市に届け出した場合に算定

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額(総合事業に関しては、八王子市が定める)であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご留意ください。

(2) その他の費用 (昼食は前営業日 16 時以降 (月曜日のご利用は、土曜日の 16 時以降) のお休みのご連絡の場合キャンセル料をいただきます)

お食事代 (昼食)	実費
その他、行事費	実費

(3) キャンセル料 (要介護のみ)

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変などやむを得ない事情がある場合、利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日 (16 時以降)	利用者負担金の 50% の額
利用予定日の当日	利用者負担金の 100% の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

#### (4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、15日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日(休業日の場合は翌営業日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 別紙参照願います。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の15日頃(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 みずほ銀行 上野支店 普通口座 2613402 か) クロストリフト ダイヒョウトリマリヤク イワタケノブユキ
現金払い	サービスを利用した月の翌月の15日頃(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

#### 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

ご自宅の連絡先	
利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号
緊急連絡先1 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号
緊急連絡先2 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号

#### 10. 事故発生時の対応

- 1 事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合、利用者家族、居宅介護支援事業者、保険者等に連絡を行い、必要な措置を講じます。
- 2 事故の状況及び事故に対してとった処置を記録し、その完結の日から2年間保存します。
- 3 第1項の規定による保険者への報告は、八王子市の「介護保険事業者による事故発生時の報告取扱」の規定に従って行います。
- 4 事業者は、事故対応マニュアルを作成し、事故が発生したときは迅速かつ適切に対応するとともに、その原因を解明し、対策を実施し、再発予防に努めます。

#### 11. 損害賠償責任

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産等に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

## 1 2. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

### 措 置 の 概 要

#### 1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

##### ① 事業所窓口

連絡先：電話 042-694-0360 FAX 042-641-0947

担当者：渡邊尚樹

受付時間：月曜日～土曜日（8：30～17：30）

（受付時間外は留守番電話で対応し、翌営業日に対応）

##### 公的機関窓口

###### 八王子市の方

・八王子市 福祉部高齢者福祉課 連絡先：042-620-7420

###### 多摩市の方

・多摩市 健康福祉部介護保険課 連絡先 042-338-6901

・多摩市 総合オンブズマン事務局 連絡先 042-338-6809

###### 日野市の方

・日野市 高齢福祉課介護給付係 連絡先 042-514-5819

###### 共通

・東京都国民健康保険団体連合会

連絡先：03-6238-0177

#### 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

##### 相談及び苦情の対応

相談又は苦情電話があった場合は、原則として施設長、管理者または相談員が対応する。管理者以外が対応した場合は、その旨を管理者に速やかに報告する。

##### ① 苦情の把握と事実確認

・苦情または相談のあった利用者の氏名

・具体的な苦情・相談内容

（5W1H：いつ、だれが、どこで、なにを、なぜ、どうしたかを明確にする）

##### ② 迅速な対応

・電話もしくは利用者宅に訪問するなどして、速やかに問題を解決する旨  
利用者に伝える。

##### ③ 対応策の検討

・管理者を中心に、苦情の原因、問題点、利用者に与える苦痛、改善策、再発防止策を討議する

##### ④ 記録・保管の方法、再発防止に向けての対策

・苦情、相談シートに上記（当事者がいれば本人が）の事柄を記入し、ファイリングし、全職員が閲覧可能な場所に保管する。

ミーティングや回覧で全職員に周知し、再発防止に努める旨、利用者に伝える。

必要があれば、ケアマネージャー、公的機関に相談、報告を行う。

#### 3 その他参考事項

・利用者や家族と日頃よりコミュニケーションを積極的にとることにより、事業所への理解を深めていただくことにより苦情を軽減していく。

具体策として、連絡ノートの活用、定期訪問など

### 1 3. サービスの利用にあたっての重要事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 送迎は、緊急時を除き、介護保険の実施要項に基づき、ご自宅から施設までとなっておりますのでご了承ください。（所要のための途中下車はできません。）
- (5) 大雪や台風、災害時、またはその他の理由により、送迎が安全に行えないと判断した場合、サービスをお休みさせていただく場合がございますので、ご了承ください。
- (6) ご利用中に、介護度が変わった場合  
要支援になった方・・・2時間 15分のご利用  
要介護になった方・・・7時間 15分のご利用  
となりますので、ご了承ください。
- (7) 要介護の方  
個別機能訓練(リハビリ)計画書を作成するにあたり、開始時、その後3ヶ月に1度、ご自宅を訪問させていただき、お話をお伺いさせていただきます。

### 1 4. 第三者評価の実施：なし

### 1 5. その他確認事項

#### (1) お食事が、お召上がりにくい場合

米飯についてはお粥、おかずについては一口サイズまで加工することができます。原則、持ち込みは禁止ですが、栄養管理上やむを得ない場合については持参品を召し上がることもできます。詳細はスタッフまでお尋ねください。

#### (2) 箸以外のスプーン、歯磨き用具などは、ご自宅より持参していただきます。

### 以下の事項のご確認をお願いします。

#### ・お食事について当てはまるものに☑をお願いします

食事の形態について

通常食  お粥への変更が必要  一口サイズが必要

医師より禁止されている食材・アレルギーがある

ある（ ） なし

#### ・お薬について ※お薬手帳を確認させていただきます。お昼の薬が無い場合もご協力願います。

お昼にお薬がある ある（種類と量： ）又は（ お薬手帳で確認 ）

なし

ご自分で管理、服用ができる

ご自分で服用することが難しい（※看護師によるお声掛けになります）

服用で注意することがある（ ）

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

<事業者（法人）名> 株式会社クロスドリフト  
<事業所 所在地> 東京都八王子市大塚 1446-3  
<事業所名> 八王子市指定 介護保険事業所番号 1372907939  
リハビリデイサービス「笑う門」

<代表者氏名> 岩竹 信之 印

<説明者氏名> 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

<利用者>

住 所

氏 名 印

<署名代行者（又は法定代理人）>

住 所

本人との続柄

氏 名 印

<立 会 人>

住 所

氏 名 印

2024年（令和6年）6月1日改訂