

No. \_\_\_\_\_

重要事項説明書  
(介護予防短時間通所サービス)

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

あすかフィジカルセンター 千代ヶ丘

医療法人社団 明日佳

## 1 事業者概要

事業者の名称 医療法人社団明日佳  
法人代表者氏名 理事長 大矢 正俊  
法人所在地 東京都町田市能ヶ谷 4-7-13 リジエール鶴川 1 階  
電話番号 042-860-3088 (FAX 042-708-0206)  
設立年月日 平成 8 年 8 月 21 日  
ホームページ <https://asuka-group.jp>

## 2 事業所概要

事業所の名称 あすかフィジカルセンター千代ヶ丘  
事業所の住所 神奈川県川崎市麻生区千代ヶ丘 9-2-9 箕輪アパート 101 号  
営業日 月曜日から金曜日（休日：土曜、日曜、祝祭日、12/30～1/3）  
営業時間 午前 8 時 30 分から午後 17 時 30 分  
電話番号 044-455-5711 (FAX 044-455-5712) 携帯（緊急時）070-4066-0983  
指定事業所番号 14A5600038 号（令和 2 年 10 月 1 日指定）

## 3 事業の目的及び運営方針

### （1）事業の目的

要支援或いは事業対象者状態にあるご利用者様に対し適正な指定介護予防短時間通所サービスを提供することを目的とします。

### （2）運営の方針

事業所の介護予防短時間通所サービス従事者は、要支援状態等の心身の特徴を踏まえて、ご利用者様が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、更にご利用者様の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにご家族の身体的・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います。事業の実施にあたっては、関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 4 職員体制と職務内容（人数は従業員数）

管 理 者	1 名（常勤兼務）	事業所の従事者の管理及び業務管理を一元的に行います。
介 護 職 員	1 名（常勤兼務）	サービスの提供（身体介護支援、機能訓練、送迎など）
機能訓練指導員	1 名（非常勤兼務）	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための機能訓練指導、助言を行います。

## 5 利用定員

各単位 9 名（二単位/日）

## 6 営業日・営業時間・サービス提供時間

営 業 日 月曜日～金曜日（但し、祝日年末年始 12/30～1/3 を除く）  
営 業 時 間 8:30～17:30  
提 供 時 間 一単位目 9:30～11:30 二単位目 13:30～15:30

## 7 通常の事業の実施地域

川崎市麻生区全域

川崎市多摩区 菅、菅野戸呂、菅城下、菅仙谷、菅北浦、菅稲田堤、菅馬場、布田、寺尾台、西生田、栗谷、南生田、生田、三田、東三田、長沢、中野島、枳形

## 8 サービス内容

### (1) 身体介護に関すること

日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。

### (2) 機能訓練に関すること

体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行います。

### (3) アクティビティ・サービスに関すること

ご利用者様に対し、アクティビティ・サービスを実施します。これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障害の受容、心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒安定を図ります。

### (4) 送迎に関すること

ご利用者様に対し送迎サービスを提供します。送迎車両には介護予防短時間通所サービス従事者が添乗し、必要な支援を行います。

### (5) 相談・助言に関すること

ご利用者様及びそのご家族様の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

## 9 サービスの利用方法等

### (1) ご利用申し込み

お住まいの地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所に介護予防サービス支援計画書または介護予防マネジメントケアプラン作成を依頼している場合は、事前に担当職員にご相談下さい。本書によりサービス提供に関する重要事項をご説明し、ご利用者様の同意を得たうえで契約書をもって締結します。

### (2) 重要事項の説明・サービス提供のご契約

ご利用に関わる重要事項の説明をし、ご了承を頂いてからご契約を交わさせていただきます。身体状況より痛みの確認、姿勢の評価をさせていただきます。

### (3) 介護予防短時間通所サービス計画の作成、同意・交付

介護予防サービス支援計画書を基に短時間通所サービス計画を作成し、同意を得て、交付します。

### (4) 介護予防短時間通所サービスの提供

介護予防短時間通所サービス計画に沿ってサービスを提供致します。

### (5) サービスの終了

①ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の3日前までに申し出ください。

②人員不足等ややむを得ない事情により、サービスを終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ご利用者様が介護保険施設に入所した場合、要介護認定区分が「非該当(自立)、要介護」となった場合、亡くなられた場合は自動的に終了とさせていただきます。

### (6) その他

①当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、ご利用者様の個人情報のみだりに漏洩した場合、ご利用者様やそのご家族に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合、ご利用者様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。

②サービスのお支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにも係わらず14日以内にお支払いいただけない場合、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

- ③ご利用者様やそのご家族が、当事業所やその従業員に対して契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合には、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

## 10 緊急時の対応方法

- ①サービス提供時にご利用者の体調不良、悪化、事故などによる怪我等発生した場合、すぐに応急対応を致します。緊急性が高い場合には現場判断で救急要請を致します。ご家族様、地域包括、主治医に連絡をとり、状況を連絡いたします。
- ②サービス提供中に天災、その他災害が発生した場合、ご利用者の避難などの措置を講ずるほか、管理者に連絡のうえその指示に従い、安全を確保するように努めます。
- ③緊急時やむを得ない身体拘束を行う場合は要件をすべて満たしているかどうか厳密に検討し、同意を得て対応することがあります。

## 11 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご利用者様のご家族、地域包括センター、市区町村に連絡をいたします。また事故時の記録とり、再発防止に努めます。賠償すべき事故の場合は速やかに損害賠償をいたします。

## 12 記録の保管

サービス提供の記録は保管し、記録の閲覧も可能です。写しが必要の場合は実費費用がかかります。交付に関しては本人及び家族に限ります。必要の場合はご連絡ください。

## 13 重要事項説明書の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じる事が予想される場合や変更された場合には、利用者にその内容を書面にて通知し、口頭で説明をいたします。書面での直接交付が難しい場合は郵便にて書面を送らせて頂きます。利用者の同意が必要とされるサービス内容の変更および料金表の変更の場合は別紙書面の同意書でご説明、同意、交付を行います。そのほかの変更点につきまして、書面にて交付し、交付日から1月以内にご不明点などご連絡が無い場合は同意したものとみなします。

## 14 サービス内容等に関する苦情・相談について

### ①事業所の苦情・相談窓口

あすかフィジカルセンター千代ヶ丘

担当者 管理者 宇野 健次 電話 044-455-5711

### ②お住いの市区町村の担当部署

川崎市 介護保険課 電話 044-200-2687

### ③国民健康保険団体連合会

神奈川県 電話 045-329-3447

## 15 個人情報の保護に関する取り扱いについて

ご利用者の個人情報は目的の範囲内で必要最小限に留め、決して漏洩することが無いように細心の注意を払って取り扱いをいたします。また個人情報を使用した会議、相手方、内容については記録を取って管理いたします。個人情報の使用に当たっては事前に書面にて同意を取るよういたします。

## 16 利用料金

料金表一覧のとおり

介護保険を利用する場合は、原則として負担割合証に応じた基本料金の1割又は2割又は3割です。但し、介護保険の給付限度額を超えた部分にかかるサービス、又は介護保険対象外サービスは全額自己負担になります

### 【料金表一覧】

令和6年6月1日現在

#### 【介護予防短時間通所サービス費（送迎あり・入浴なし）】

	要支援度	単位数	利用料	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担
<input type="checkbox"/>	事業対象者	260	2,787 円/回	279 円/回 (月 5 回まで)	558 円/回 (月 5 回まで)	837 円/回 (月 5 回まで)
<input type="checkbox"/>	要支援 1					
<input type="checkbox"/>	要支援 2	266	2,851 円/回	286 円/回 (月 10 回まで)	571 円/回 (月 10 回まで)	856 円/回 (月 10 回まで)

#### 【運動器機能向上加算】

	要支援度	単位数	利用料	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担
<input type="checkbox"/>	事業対象者 要支援 1.2	45	482 円/回	49 円/回 (月 5 回まで)	97 円/回 (月 5 回まで)	145 円/回 (月 5 回まで)

#### 【科学的介護推進体制加算】

	要支援度	単位数	利用料	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担
<input type="checkbox"/>	事業対象者 要支援 1.2	8	85 円/回	9 円/回 (月 5 回まで)	17 円/回 (月 5 回まで)	26 円/回 (月 5 回まで)

#### 【職員配置体制加算Ⅰ】

	要支援度	単位数	利用料	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担
<input type="checkbox"/>	事業対象者	14	150 円/回	15 円/回 (月 5 回まで)	30 円/回 (月 5 回まで)	45 円/回 (月 5 回まで)
<input type="checkbox"/>	要支援 1					
<input type="checkbox"/>	要支援 2	14	150 円/回	15 円/回 (月 10 回まで)	30 円/回 (月 10 回まで)	45 円/回 (月 10 回まで)

#### 【身体機能維持・改善実績加算】

	要支援度	単位数	利用料	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担
<input type="checkbox"/>	事業対象者	38	407 円/回	41 円/回 (月 5 回まで)	82 円/回 (月 5 回まで)	123 円/回 (月 5 回まで)
<input type="checkbox"/>	要支援 1					
<input type="checkbox"/>	要支援 2	38	407 円/回	41 円/回 (月 10 回まで)	82 円/回 (月 10 回まで)	123 円/回 (月 10 回まで)

(注1) 加算費用については、対象となる費用のみ記載しています。

(注2) 厚生労働省より定められている単位数に地域加算(川崎市 10.72)を掛けた金額となります。

(注3) 法定代理受領の場合は、上記金額の1割又は2割又は3割(但し、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担率となります)。

【介護保険給付対象外サービスの利用料】

おむつ代	1組 150円
通常の実施地域を越える交通費	提供地域外の片道交通費は実施地域を越えた地点からの片道の金額 5km未満 : 200円 5km以上10km未満: 400円
その他日常生活費	希望されるアクティビティにかかる材料費

○利用料金の算出方法 【地域区分単価】川崎市(2級地)1単位あたり 10.72円

ひと月合計単位数(ご利用回数単位合計+ご利用回数加算単位合計)×地域区分単価=費用合計

費用合計-(費用合計×【負担割合0.9(1割)、0.8(2割)又は0.7(3割)】)+保険外費用=利用者負担額

○ひと月のサービス料金の目安(ひと月4週での計算)1円未満は切り捨てとなります。

費用合計\_\_\_\_\_円-(費用合計×0.\_\_\_\_)+保険外\_\_\_\_\_円=\_\_\_\_\_円

注1) 支援計画の利用目的より、ご利用者様都合によるお休みの場合でも1回分として請求いたします。

注2) 1円未満は切り捨てとなり、料金は誤差が生じる場合があります。

【請求とお支払い方法】

(1) 請求

利用料、その他費用は、月ごとに請求させていただきます。

請求書は、サービス利用月の翌月20日までに発行し、通知いたします。

(2) お支払い方法

サービス利用翌月27日までに下記の方法よりお支払いください。

(ア) 利用者指定のお口座より引き落とし

(イ) 事業者指定の口座へお振り込み(手数料はご負担ください)

(3) 領収書の発行

入金の確認が取れましたら、領収書を発行いたします。再発行は致しかねますので、大切に保管してください。

## 17 その他、留意事項

### ・サービスのキャンセル

ご利用者様のご都合などによりサービスをお休みされる場合は前日までにご連絡ください。

ご連絡なしでのキャンセルにおいてはキャンセル料が発生いたします。

キャンセル料金

予定サービス開始までにご連絡を頂いた場合	無料
予定サービス開始以降もご連絡がない場合	600 円

キャンセル料金のお支払いは利用料を合わせてのご請求になります。

### ・サービスの中止

ご利用者様の状態が健康上に問題がある場合、サービスを中止することがあります。また急な体調不良など認められた場合はサービスを中止するとともにご家族様、または緊急連絡先に連絡し、必要な措置を適切に行います。ご利用者様に他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症など）が明らかな場合は速やかに申告してください。改善するまではサービスの利用が難しい場合があります。

・ご利用時は介護保険証を確認させていただきます。変更の際は必ずご連絡をください。

・機能訓練指導員は毎回同じ職員にはならないこともございますので、ご了承ください。

・施設内は土足禁になっております。靴下や内履きの着用をお願いいたします。素足でのご利用はご遠慮ください。

・従業員は身分証を携行するようにしています。

・送迎時交通状況、送迎上のトラブルなどで、予定の時間に行えない場合があります。10 分以上遅れる際はご連絡をしますので、自宅内で準備をしてお待ちいただくようお願いいたします。

### ・持ち物

うち履き（靴下の着用でも大丈夫です） 飲み物（施設では麦茶のご用意はあります 無料）

タオルなど汗を拭くもの

・貴重品の持込みはご遠慮ください。施設内は貴重品を管理できません。自己管理をお願いいたします。

当事業所は、利用者及びご家族様に介護予防短時間通所サービスの提供開始にあたり、サービス内容を含む重要事項、料金について説明致しました。

令和                  年                  月                  日

<事業所名称>    あすかフィジカルセンター 千代ヶ丘

<事業所住所>    神奈川県川崎市麻生区千代ヶ丘 9-2-9    箕輪アパート 101 号

<管 理 者>        宇野   健次

<説 明 者>        \_\_\_\_\_

<説 明 者> \_\_\_\_\_

私は、サービス内容及び重要事項、料金について、あすかフィジカルセンター千代ヶ丘から説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和            年            月            日

<利用者>      住所 \_\_\_\_\_

                    氏名 \_\_\_\_\_

<代理人>      住所 \_\_\_\_\_

                    氏名 \_\_\_\_\_（続柄            ）

氏名 (続柄)