

年 月 日

様

株式会社 早稲田イーライフ京都

デイサービス

早稲田イーライフ花園



### 重要事項説明書

—指定地域密着型通所介護事業—

介護給付・介護予防型

## デイサービス早稲田イーライフ花園

### 地域密着型通所介護・介護予防型通所介護 重要事項説明書

#### 1. 事業者概要

|            |                                                                   |
|------------|-------------------------------------------------------------------|
| 事業者名称      | 株式会社 早稲田イーライフ京都                                                   |
| 主たる事務所の所在地 | 京都市西京区桂朝日町151                                                     |
| 法人種別       | 株式会社                                                              |
| 代表者名       | 代表取締役 西村 敦史                                                       |
| 設立年月日      | 平成22年 8月 9日                                                       |
| 電話番号       | 075-392-8600                                                      |
| ホームページアドレス | <a href="https://e-life-kyoto.com/">https://e-life-kyoto.com/</a> |

#### 2. 事業所概要

##### (1) 事業所名称及び事業所番号・設備概要

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| ご利用事業所の名称  | デイサービス早稲田イーライフ花園      |
| 事業者指定番号    | 2670701503            |
| 所在地        | 京都市右京区花園藪ノ下町3 桐ビル1階   |
| 指定年月日      | 平成26年 5月21日           |
| 電話番号       | 075-406-5503          |
| 管理者氏名      | 山田 綾                  |
| 通常の事業の実施地域 | 右京区（京北地区除く）上京区、北区、中京区 |
| 利用定員       | 15人×2単位               |
| 保有するリハビリ器具 | マシン・自転車・スリング          |
| 第三者評価事業受診  | 無                     |

##### (2) 事業所の職員体制

| 職 種     | 員<br>数 | 常 勤 |    | 非 常 勤 |    | 保有資格       |
|---------|--------|-----|----|-------|----|------------|
|         |        | 専従  | 兼務 | 専従    | 兼務 |            |
| 管 理 者   | 1      |     | 1  |       |    | 介護福祉士      |
| 生活相談員   | 2      | 1   | 1  |       |    | 介護福祉士      |
| 機能訓練指導員 | 2      | 1   |    |       | 1  | 柔道整復師・准看護師 |
| 看 護 職 員 | 1      |     |    | 1     | 1  | 正看護師・准看護師  |
| 介 護 職 員 | 3      | 1   | 2  |       |    | 介護福祉士      |

(3) 事業所営業日・時間及びサービス提供時間

|            | サービス提供営業日 | サービス提供時間帯                 |
|------------|-----------|---------------------------|
| 要支援<br>要介護 | 月曜日～土曜日   | 9：10～12：20<br>13：40～16：50 |

営業時間 月曜日～土曜日 8：30～17：30

休業日 日曜日

12月29日～1月3日・5月3日～5月5日・8月14日～8月16日

### 3. サービスの内容

| 種 類                       | 内 容                                                            |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 健康チェック                    | ・ 介護職員などによる健康チェックを毎回行います。<br>検査項目：血圧・脈拍・体温                     |
| 水分補給                      | ・ 水分の補給を毎回行います。<br>(利用者の状態にあわせ随時職員より促します。)                     |
| 運動器機能向上サービス<br>個別機能訓練サービス | ・ 機能訓練指導員などによるサービスを行います。<br>・ 季節を感じて頂けるようなレクリエーション等を行う場合があります。 |
| 相談及び援助                    | ・ 利用者及びその家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。         |
| 送 迎                       | ・ ご自宅から事業所までの送迎を行います。                                          |

サービス提供記録の保管：完結したサービス記録は5年間保管します。

サービス提供記録の閲覧：営業日の午前9時から午後5時までいつでも閲覧できます。

### 4. 利用者負担金

- (1) 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の料金は、介護保険に定める介護報酬告示上の額となります。
- (2) その他の費用として
  - ・ 事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、1km当たり10円が必要となります。
  - ・ おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

### 5. キャンセル料

なし

## 6. 利用料金表

### 『地域密着型通所介護』（1回の料金）

|       |      |                                                                                                                                             |        |        |       |
|-------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|
| ■加算項目 |      | ・個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ<br>・個別機能訓練加算（Ⅱ）<br>・科学的介護推進体制加算<br>・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）<br>・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）<br>※口腔機能向上加算（Ⅱ）<br>→1割負担の場合、下記料金より約365円追加。（月2回を限度とする。） |        |        |       |
| ■減算項目 |      | 送迎を行わない場合（1割負担の場合、下記料金より片道約55円引かれます）                                                                                                        |        |        |       |
|       |      | 利用者負担金                                                                                                                                      |        |        |       |
|       |      | 1割負担                                                                                                                                        | 2割負担   | 3割負担   |       |
| 利用料   | 要介護1 | 724円                                                                                                                                        | 1,447円 | 2,170円 | 1日につき |
|       | 要介護2 | 795円                                                                                                                                        | 1,589円 | 2,383円 |       |
|       | 要介護3 | 866円                                                                                                                                        | 1,731円 | 2,596円 |       |
|       | 要介護4 | 934円                                                                                                                                        | 1,867円 | 2,800円 |       |
|       | 要介護5 | 1,006円                                                                                                                                      | 2,011円 | 3,016円 |       |

### 『介護予防型デイサービス』※入浴なし（1か月の料金）

|       |                                                                                     |         |         |          |         |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|----------|---------|
| ■加算項目 | ・科学的介護推進体制加算<br>・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）<br>※口腔機能向上加算（Ⅱ）<br>→1割負担の場合、下記料金より約 183 円追加。        |         |         |          |         |
| ■減算項目 | 送迎を行わない場合（1割負担の場合、下記料金より片道約 54 円引かれます）<br>※ 週 1 回程度の場合は片道 8 回、週 2 回程度の場合は片道 16 回が限度 |         |         |          |         |
|       | 算定項目                                                                                | 利用者負担金  |         |          |         |
|       |                                                                                     | 1 割負担   | 2 割負担   | 3 割負担    | 1 か月につき |
| 利用料   | 要支援 1 又は<br>事業対象者の週 1 回程度                                                           | 1,970 円 | 3,940 円 | 5,910 円  |         |
|       | 要支援 2 の週 1 回程度                                                                      | 1,970 円 | 3,940 円 | 5,910 円  |         |
|       | 要支援 2 の週 2 回程度                                                                      | 3,922 円 | 7,844 円 | 11,766 円 |         |

- 1）介護保険や京都市総合事業からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者様の負担額を変更します。
- 2）法定代理受領の場合は、上記金額に負担割合証に記載のある割合（ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合その負担率による）。
- 3）契約日と初回利用日が同月の場合、また、契約解除日と最終利用日が同月の場合、その月のみ日割り算定の対象となります。

## 7. 利用料の支払い方法

- (1) 事業者は、当月利用料金の合計額請求書を翌月 10 日までに利用者に付します。  
 (2) 利用者は、現金もしくは口座振替にて支払います。支払い期日は以下の通りです。

|      |                                                                                                          |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 現金   | 請求書をご査収頂き、表記利用金額を当月末迄に事業所にお持ち下さい。                                                                        |
| 口座振替 | 請求書をご査収頂き、当月の 15 日付で口座振替となります。<br>※京都銀行・京都中央信用金庫・京都信用金庫の口座をお持ちの方に限ります。<br>※15 日が銀行定休日の場合、翌営業日の引落としとなります。 |

- (3) 事業者は、利用者から利用料の受領確認が出来次第、領収書を発行致します。

## 8. サービスに関する相談・苦情

- (1) 利用者からの苦情やご相談の受付は当事業所以外に、下記にて受付けております。

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| 京都市右京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課                      |
| 電話 代表：075-861-1101 直通：075-861-1430 (土日、祝日を除く) |
| 京都市上京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課                      |
| 電話 代表：075-441-0111 直通：075-441-5107 (土日、祝日を除く) |
| 京都市北区役所 保健福祉センター健康長寿推進課                       |
| 電話 代表：075-432-1181 直通：075-432-1366 (土日、祝日を除く) |
| 京都市中京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課                      |
| 電話 代表：075-812-0061 直通：075-812-2566 (土日、祝日を除く) |
| 京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課介護相談係                     |
| 電話 代表：075-354-9011 (土日、祝日を除く)                 |
| 京都市弁護士会 高齢者・障害者支援センター (毎週火曜日 13:00~15:30)     |
| 電話：075-231-2378 面談：第一・第三 木曜日 (13:00~16:00)    |

## 9. 緊急時及び事故発生時の対応方法

### ○緊急時

緊急時には下記の通り速やかに協力医療機関・主治医等に連絡します。

### ○事故発生時

事故が発生した場合には、速やかに京都市に報告するとともに利用者の家族、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者等に連絡し必要な措置を行う。

|                                                             |           |  |
|-------------------------------------------------------------|-----------|--|
| 利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。<br>又、緊急連絡先にも連絡いたします。 |           |  |
| 利用者の主治医                                                     | 氏名        |  |
|                                                             | 所属医療機関の名称 |  |
|                                                             | 所在地       |  |
|                                                             | 電話番号      |  |
| 協力医療機関                                                      | 協力機関の名称   |  |

|       |         |  |
|-------|---------|--|
|       | 所在地     |  |
|       | 電話番号    |  |
|       | 診療科     |  |
|       | 入院設備    |  |
|       | 救急指定の有無 |  |
|       | 契約の概要   |  |
| 緊急連絡先 | 氏名      |  |
|       | 住所      |  |
|       | 電話番号    |  |

## 10. 事業の目的と運営方針

### (1) 事業の目的

株式会社早稲田イーライフ京都が開設するデイサービス早稲田イーライフ花園（以下「事業所」という。）が行う指定地域密着型通所介護・指定介護予防型デイサービス（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、機能訓練指導員、看護職員、介護職員（以下「通所介護従業者」という。）が、要支援状態又は要介護状態にある高齢者等に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。

### (2) 運営方針

事業所の通所介護従業者は、要介護状態の心身の特性を踏まえて、その利用者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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、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う。

事業の実施に当たっては、関係市区、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

## 11. 免責事項

デイサービス早稲田イーライフ花園の利用にあたり、ご本人様の身体状況等から懸念される下記事項について双方承諾します。

- (1) デイサービス早稲田イーライフ花園は介護保険適応事業所で、ご利用者様の自立を支援する施設と位置付けられています。

職員体制上、常時付添いでの対応は行っていないこと。

又、突発的な病状の急変・悪化等への対応・処置には限界がございますことをご了承ください。

- (2) 上記趣旨及び体制から、自発的な行為による転倒等をされた場合、デイサービス早稲田イーライフ花園の備品・設備の不備等に起因する場合を除き契約書第7条に該当しないものとします。

## 12. 損害賠償保険への加入

サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。但し、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。保険会社としてあいおいニッセイ同和損害保険に加入しています。

年 月 日

当事業者は、利用者に対する居宅介護サービスの提供開始に対し、重要事項説明書の交付と説明を行いました。

### [ 事業者 ]

事業者名 株式会社 早稲田イーライフ京都

所在地 京都市西京区桂朝日町151

代表者名 西村 敦史

印

### [ 事業所 ]

事業者名 デイサービス早稲田イーライフ花園

所在地 京都市右京区花園藪ノ下町3 桐ビル1階

管理者名 山田 綾

説明者職種

説明者氏名

印

私（利用者）は、重要事項説明書に基づいて、事業者から説明を受け同意しこれを受け取りました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

利用者の家族 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)