

居宅介護重要事項説明書

< 令和 7年 5月 1日 現在 >

1. 事業者の概要

名 称 株式会社 La Vita
法人種別 株式会社
法人所在地 東京都武蔵野市吉祥寺東町1-8-9
電話番号 0422-22-5590 時間外は留守番電話転送対応となります。
代表者氏名 代表取締役 増子 隆之

2. ラヴィータ武蔵関の概要

事業所名	ラヴィータ武蔵関
所在地	東京都練馬区関町北2-30-4 コーポオーカー101
電話番号	03-5927-5195
サービス提供地域	練馬区
サービス提供曜日・時間	月～金 8:00～20:00(土日、祝日、時間外は応相談)
指定事業所番号	1312001736号(平成20年10月1日指定)
自己評価の実施状況	年1回実施
第三者評価の実施状況	なし
職員への研修実施状況	採用時研修・実地指導研修(随時)・集合研修(年3回)

3. 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者兼サービス提供責任者	介護福祉士	1名(0)	—		1名(0)
サービス提供責任者	介護福祉士	3名(0)	0名(0)		3名(0)
従事者	介護福祉士	0名(0)	19名(1)		19名(1)
	介護職員実務者講習終了者	0名(0)	0名(0)		0名(0)
	1・2級又は基礎研修・初任者研修修了者	0名(0)	24名(0)		24名(0)

()内は男性再掲

4. サービス内容

(1)身体介護

食事介助 歩行介助
トイレ誘導 車椅子介助
排泄介助、オムツ交換 外出介助
入浴介助 移乗介助
清拭(全身・部分) 体位変更介助
洗髪、目・耳の手入れ 通院介助
口腔ケア 服薬確認
衣服の着脱

(2)家事援助

居室内清掃・整頓 衣類の補修、アイロン掛け
ベッド上の清掃・整頓 食材の管理、調理
ベッドメーキング、シーツ交換 配膳、下膳、後片付け
布団干し 食材・日用雑貨の買物
トイレ・浴室・台所の清掃 話し相手、相談
洗濯

(3)通院乗降介助

(4)その他のサービス

5. 利用料金

(1)介護給付費支給対象サービス利用者負担額

サービスに要した費用の原則1割。ただし、区市町村から居宅介護等利用者負担減額の決定を受けている場合は、減額後の額。

月額負担上限額については、各区市町村長が定めた額。

ただし、利用者の身体的理由により1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等であって同時に2人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2人分の料金をいただきます。

○介護職員処遇改善加算 加算Ⅱ

給付単位数合計の(居宅介護:40.2% 重度訪問介護:32.8%相当)単位数を月に1回加算します。

○サービス提供責任者が初回もしくは初回の指定居宅介護等を行った日の属する月に指定居宅介護等を行った場合、またはその他の居宅介護従業者が初回もしくは初回の指定居宅介護等を行った日の属する月に、指定居宅介護等を行った際にサービス提供責任者が同行した場合は、初回加算2,240円(200単位)を算定します。

○利用者またはその家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が居宅介護計画の変更等を行い居宅介護従業者が計画的に訪問することとなっていない居宅介護等(身体介護)を緊急に行った場合は緊急時対応加算1,120円(100単位)を算定します。

○利用者負担額合計額の上限額管理を行った場合は、月に1回利用者負担上限管理加算1,680円(150単位)を算定します。

・利用者の出身世帯が他の区市町村に転出する場合は、利用者負担額が変わることもありますのであらかじめ事業者までご連絡をお願いします。

・事業者が利用者に代わり区市町村から受領した介護給付費の額については利用者に通知します。

(2)交通費

前項2で示した「サービス提供地域」におけるサービス利用については、当事業所の従業者がお伺いする為の交通費は無料です。それ以外の地域へのサービス提供につきましては、交通費の実費をいただきます。

(3)キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。(連絡先 電話 03-5927-5195)

ご利用日の前日17:00までにご連絡いただいた場合	無 料
ご利用日の前日17:00以降にキャンセルされた場合	一律 1,000円(税別)／1回

(4)その他

①お客様の住まいでサービスを提供する為に使用する水道、ガス、電気等の費用は、お客様のご負担になります。

②料金のお支払い方法

毎月15日までに前月分の請求書を郵送致します。利用料金のお支払方法は下記のとおりです。

・サービス利用月の翌月27日に、ご指定の口座からの自動引き落とし

・サービス利用月の翌月20日までに、当社宛お振込み(振込手数料ご利用者負担)

領収書は翌月請求書と併せて郵送させていただきます。

6. サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

①居宅介護について介護給付費支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は電話等でご連絡ください。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

②サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は介護給付費支給期間と同じです。ただし引き続き支給決定を受け利用者から契約終了の申し出がない場合は自動的に更新されるものとします。

③居宅介護の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2)サービスの終了

①利用者が当事業者に対し1週間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。

②当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

③利用者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従事者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。

④当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

(3)契約の自動終了

次の場合は連絡がなくとも契約は自動的に終了いたします。

- ①利用者が施設に入所した場合
- ②居宅介護の介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）
- ③利用者が亡くなった場合

7. 大規模災害発生・感染症蔓延時の対応について

大規模災害発生や感染症蔓延により、当該事業所単体にて運営が困難な状況が発生した場合、近隣の当法人が運営する事業所と連携し、業務を継続できる取り組みをします。

また、上記運用にて対応範囲を超える場合には、地域近隣の事業所と連携をはかり、必要なサービスが安定的・継続的に提供できる様に計画の策定・研修・訓練を行います。

8. 虐待の防止について

- 一 指定居宅介護事業所は、利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合はただちに防止策を講じ区市町村へ報告する。
- 二 虐待の防止に関する担当者を選定する。
- 三 成年後見制度を周知するとともに、制度の利用に当たって必要となる支援を行う。
- 四 苦情解決体制を整備する。
- 五 従業者に対し、虐待防止のための普及・啓発の研修を定期的に（年1回以上）開催するとともに、新規採用時には必ず実施する。
- 六 虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置し、定期的に（年1回以上）開催するとともに、委員会での検討事項に従業者に周知徹底する。

9. 介護現場でのハラスメント対応について

利用者及びご家族や介護者が事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

事業所の申し入れにもかかわらず当社職員へのハラスメント行為について改善の見込みがなく、適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めるときは、事前通知によりこの契約を解約することがあります。

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずる
他のご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住 所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族等緊急連絡先】

氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	

当事業所ご利用相談・苦情窓口

当事業所以外に区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

居宅介護利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

名 称 ラ ヴィータ武蔵関 印

氏 名 _____ 印 _____

令和 年 月 日

氏 名 _____ 印 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 : _____)