

重要事項説明書

1. 通所（介護予防通所介護・第一号通所事業）介護サービスを提供する事業者について

名称・法人種別	社会医療法人 杏嶺会
代表者職氏名	理事長 上林 弘和
本社所在地	愛知県一宮市奥町字下口西 89 番地 1
電話番号	0586-61-6800

2. 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所概要

名称	リハカフェデイサービス あゆむ
所在地	愛知県一宮市末広 2 丁目 27 番 7 号
事業所番号	2372204541 号
管理者	中川 秀昭
電話番号	0586-80-0918
送迎サービス対象地域	一宮市内

* 上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください。

(2) 職員体制表

職員の種類	業務内容	員数	常勤	非常勤	保有資格等
管理者	事業所の従業者の管理及び業務の一元的な管理等。	1	1	0	介護支援専門員
生活相談員	通所介護等の利用申込みにかかる調整、利用者の日常生活上における必要な相談援助等。	1	1	0	介護福祉士
看護職員	利用者に対するバイタルチェック等健康上必要な看護業務を行う。	3	0	3	看護師
介護職員	利用者に対する日常生活上のケア等必要な介護業務を行う。	4	1	3	介護福祉士
歯科衛生士	口腔内の衛生チェックなど口腔内に係る歯科衛生の指導	1		1	歯科衛生士
機能訓練指導員	利用者に対する必要な機能訓練計画の作成及び訓練の実施、指導を行う。	2	1	1	理学療法士

(3) 当事業所の設備等

利用定員	午前の部：25名 午後の部：25名	静養室	1
機能訓練室	1室 100.1㎡	相談室	1
浴室	なし	送迎車	5台

(4) 営業時間

月曜から金曜 午前8時30分 ～ 午後5時20分

(5) 定休日

土曜、日曜、祝祭日、12月30日～1月3日

(6) サービス提供時間

<午前の部> 午前9時 ～午後12時15分

<午後の部> 午後1時30分～午後4時45分

3. 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

指定通所介、指定介護予防通所介護及び第一号通所事業（以下「指定通所介護等」という。）の事業（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、事業所ごとに置くべき従事者（以下「通所介護従事者」という。）が、要介護又は要支援状態、事業対象者にある高齢者に対し適正な指定通所介護等を提供することを目的とします。

(2) 運営方針

事業所の通所介護従事者は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、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および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。また、関係区市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努めます

4. 提供するサービス内容

種類	内容
排泄介助	利用者の状況に応じ、適切な排泄介助を行います。
機能訓練	利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下防止に努めます。
健康チェック	血圧測定など、利用者の全身状態を把握します。
レクリエーション等	利用者の生活面の指導を行い、各種レクリエーションを実施します。
送迎	利用者の自宅から事業所までの送迎を行います。
相談及び援助	利用者およびその後見人・家族・身元引受人からのご相談に応じます。

5. 料金

(1) 利用料金

原則として、介護保険利用分の総単位数に地域区分6級地（10.27円）の数値を乗じた金額をもとに、介護保険負担割合証に記載されている負担割合の金額と実費分を合わせてお支払い頂きます。

※利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額になります。

※介護保険証に記載されている基準限度額を超えた分の利用料金は10割負担の金額でお支払いとなります。

① 指定通所介護費等

・基本単位数（通常規模型所介護・3時間以上4時間未満）

区 分	単 位
要介護1	370単位 / 回
要介護2	423単位 / 回
要介護3	479単位 / 回
要介護4	533単位 / 回
要介護5	588単位 / 回

・付加加算

サービス項目	単位数
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76単位 / 回
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位 / 月
口腔機能維持加算（Ⅰ）（月2回迄）	150単位 / 回（300単位）
口腔機能維持加算（Ⅱ）（月2回迄）	160単位 / 回（320単位）
生活機能向上連携加算（Ⅱ）2	100単位 / 月
A D L維持加算（Ⅱ）	30単位 / 月
栄養アセスメント加算	50単位 / 月
送迎減算 （事業所が送迎を実施しない場合）	片道につき -47単位
科学的介護推進体制加算	40単位 / 月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18単位 / 回
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×92/1000

② 一宮市第一号通所事業（通所型独自サービス）

・基本単位数

区分	単位数
事業対象者、要支援1・要支援2（週1回利用）	1798 単位 / 月
事業対象者、要支援2（週2回利用）	3621 単位 / 月

・付加加算

サービス項目	単位数
① 栄養アセスメント加算（共通）	50 単位 / 月
② 生活機能向上連携加算（Ⅱ）（共通）	200 単位 / 月
③ 口腔機能向上加算Ⅰ（任意）	150 単位 / 月
④ 口腔機能向上加算Ⅱ（任意）	160 単位 / 月
⑤ 栄養改善加算（任意）	200 単位 / 月
一体的サービス提供加算※1（任意）	480 単位 / 月
科学的介護推進体制加算	40 単位 / 月
サービス提供体制加算(Ⅱ)	72 単位/月（週1回）・144 単位/月（週2回）
送迎減算 （事業所が送迎を実施しない場合）	片道につき -47 単位
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×92/1000

※1 は③口腔機能向上加算と⑤の栄養改善加算の両方を算定した場合の単位数となります。

③ 介護保険給付対象外のサービス利用料（自費）

リハビリパンツ等	200 円/枚	※必要に応じて発生する費用であり、全ての利用者様にお支払いいただくものではありません。
飲食費等	150 円/日	コーヒー等の飲料水、おやつ、おしぼり等

※後日、利用料と一緒に請求させていただきます。

(2) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が発生します。

① ご利用日の前営業日 午後5時30分までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日 午後5時30分までにご連絡いただかなかった場合	利用料の全額 または一部

*キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

(3) 利用料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金の請求書をお渡します。

お支払方法は、現金支払または銀行払込み、口座振替の対応しております。口座振替につきましては、23日(休日の場合は翌営業日)にお申込み頂きました口座より、引き落としさせていただきます。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

6. サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)及び介護保険負担割合証を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画(介護予防サービス・支援計画)」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画(介護予防通所介護及び第一号通所事業計画(以下「通所介護計画等」という。))」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」等は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。
- (4) サービス提供は「通所介護計画」等に基づいて行ないます。なお、「通所介護計画」等は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 通所介護等従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

7. サービスの利用のための留意事項

- (1) 利用者が機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用することとします。また、体調が思わしくない利用者にはその旨を説明し安全指導を図り、体調の度合いにより、事業所の判断でサービスの提供を中止させていただく場合があります。
- (2) 施設内は禁煙とさせていただきます。
- (3) 金銭は原則、持ち込み禁止です。やむを得ず持ち込まれる場合は、自己責任で管理してください。

8. 緊急時の対応

- (1) サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する緊急連絡先にも連絡します
- (2) 緊急連絡先には2名記入していただく理由として、救急要請時は救急隊が到着まで電話が消防本部と通話状態になりご家族等への連絡ができなくなります。緊急連絡先の1番目の方に連絡が取れないときは2番目の方に連絡を取り、2番目の方から1番目の方に連絡をして頂きます。
- (3) 病院への救急搬送時に事業所は病院までの付き添いはしますが、医師からの説明もあるため、ご家族及び身元引請人様は必ず搬送先へお越してください。

※協力医療機関

社会医療法人杏嶺会 一宮西病院	電話	0586-48-0077
-----------------	----	--------------

・他医療機関へも対応いたします。

9. 事故発生時の対応

- (1) 事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するものとし、その原因を究明し再発防止の対策を講じることとします。
- (2) 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完了の日から5年間保存します。
- (3) 介護保険サービスの提供に伴って、当事業所の責に帰すべき事由によって利用者が損害を被って損害賠償すべき事態となつて場合には、速やかに賠償すべきものとし、そのために損害賠償保険に加入するものとします。
- (4) 利用者の責に帰すべき事由によって当事業所が損害を被つた場合、利用者及び扶養者は連帯して、当事業所に対しその損害を賠償するものとします。

10. サービス内容に関する苦情相談窓口

①当事業所の相談窓口

相談・苦情等 窓口担当者	
苦情相談窓口	窓口担当者 管理者 中川 秀昭
電話番号	0586-80-0918
受付時間	午前8:30 ~ 午後5:20
苦情責任者	苦情責任者 管理者 中川 秀昭
電話番号	0586-80-0918
受付時間	午前8:30 ~ 午後5:20

②当事業所以外の苦情窓口

一宮市役所 介護保険課	電話番号	0586-85-7017
愛知県国民健康保険団体連合会	電話番号	052-971-4165