

指定地域密着型通所介護サービス及び 介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号通所事業サービス

重要事項説明書

指定地域密着型通所介護サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号通所事業による通所型サービス（以下「第1号通所事業」という。）の提供にあたり、介護保険法に関する「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備運営等に関する基準を定める条例」にもとづいて、当事業者がお伝えすべき事項は次のとおりです。

1. 事業者について

| | |
|------------|---------------------|
| 事業者名称 | 合同会社アクティブ |
| 主たる事務所の所在地 | 千葉県山武郡横芝光町栗山 2725-4 |
| 法人種別 | 営利法人 |
| 代表者名 | 福島 正明 |
| 電話番号 | 0479-82-3613 |

2. 事業所について

(1) 名称・所在地

| | |
|--------|----------------------|
| 事業所の名称 | リハビリデイサービス アクティブ |
| 施設の所在地 | 千葉県山武郡横芝光町栗山 2955-41 |
| 事業所番号 | 1299100071 |
| 管理者の氏名 | 福島 真以 |
| 開設年月日 | 令和2年6月1日 |
| 電話番号等 | 0479-85-6345 |

(2) 事業の目的

要介護状態又は要支援状態及び基本チェックリストに該当する高齢者等に対し、適正な指定地域密着型通所介護サービス及び第1号通所事業（以下「指定地域密着型通所介護サービス等」という。）を提供することを目的とする。

(3) 運営の方針

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の出来るよう支援する。又、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持、家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。

(4) 事業所の概要及び設備

| 建物の構造 | | 面積 | 備考 |
|-----------|---|----------------------|----------------|
| 木造地上1階 | | 90.22 m ² | |
| 設備の種類 | 数 | 面積 | 特色 |
| 機能訓練室、静養室 | 1 | 57.96 m ² | |
| 相談室 | 1 | 4.96 m ² | |
| トイレ | 2 | 4.96 m ² | 多機能トイレ、シャワートイレ |

3. 職員体制

| | 員数 | 事業内容 |
|---------|----|----------------------------|
| 管理者 | 1名 | 職員及び業務の管理 地域密着通所介護計画等作成 |
| 生活相談員 | 1名 | サービスの調整・相談 |
| 介護職員 | 2名 | 日常生活介護業務 |
| 機能訓練指導員 | 1名 | 機能訓練 |

4. 営業日、営業時間及びサービス提供時間

| | |
|----------|--|
| 営業日 | 月～金曜日（ただし、8月13日から8月16日まで、及び12月29日から1月3日までを除く。） |
| 営業時間 | 8:15～17:15 |
| サービス提供時間 | ①9:00～12:10 ②13:10～16:20 |

5. 利用定員

| | |
|------|-----------|
| 利用定員 | ①10名 ②10名 |
|------|-----------|

6. 事業の実施地域

| | |
|------|------|
| 実施地域 | 横芝光町 |
|------|------|

7. サービス内容

(1) 日常生活上の援助

日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行います。

ア. 排泄介助

イ. 移動介助

ウ. その他必要な身体の介護

(2) 健康状態の確認

サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。

(3) 機能訓練サービス

利用者が日常生活を営むのに必要な機能の向上、減退を防止するための訓練並びに利用者の心身の活性化を図るための各種サービスを提供します。

ア. 日常生活動作に関する訓練

イ. 体操

ウ. アクティビティサービス

(4) 送迎サービス

必要に応じて送迎車両への昇降及び移動介助を行います。

(5) 相談、助言等に関すること

利用者及びその家族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。

8. サービス利用料金

下記の料金表に基づき、利用者の要介護度等に応じたサービス利用料（自己負担額）をお支払い下さい。

※一定以上所得のある方は、負担割合が2割又は3割となります。

※事業所が送迎を行わない場合は、下記の自己負担から片道47円を減額いたします。

(1) 第1号通所事業（単位：円）（1割負担）

| | 事業対象者 要支援1 | | 事業対象者 要支援2 | |
|-----------------|------------------------|-------|---------------|-------|
| | 週1回程度 | 月4回まで | 週2回程度 | 月8回まで |
| ① 基本料金 | 1798/月 | 436/回 | 3621/月 | 447/回 |
| ② サービス提供体制強化加算Ⅱ | 72/月 | | 144/月 | |
| ③ 科学的介護推進体制加算 | 40/月 | | | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅲ | $(①+②+③) \times 8.0\%$ | | | |

(2) 介護給付通所介護（単位：円）

地域密着通所介護3時間以上4時間未満（1割負担）

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-----------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| ① 基本料金 | 416/回 | 478/回 | 540/回 | 600/回 | 663/回 |
| ② サービス提供体制強化加算Ⅱ | 18/回 | | | | |
| ③ 科学的介護推進体制加算 | 40/月 | | | | |
| ④ 個別機能訓練加算Ⅰイ | 56/回 | | | | |
| ⑤ 個別機能訓練加算Ⅱ | 20/月 | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅲ | $(①+②+③+④+⑤) \times 8.0\%$ | | | | |

(3) キャンセル料について

指定地域密着型通所介護サービス等を正当な理由なくキャンセルした場合には、キャンセル料等をいただく場合があります。

ア. 前日までのキャンセルについては無料。

イ. 当日のキャンセルについては、午前の部は午前8時まで、午後の部は午後12時まででは無料、それ以降は500円。

(4) 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外サービスは実費となります。

ア. オムツ代（必要時のみ）100円。

イ. その他の利用者が負担する事が適当と認められる費用。

(5) 利用料金の支払い方法について

前月（1日から月末まで）のご利用に対する利用料金請求書を翌月10日以降に送付します。お支払いは、毎月26日（休日に当たる場合は翌日）に指定の口座から自動引き落としとさせていただきます。この場合、領収書は翌月の請求書送付時に同封してお送りいたします。

9. 非常災害時の対応

| | |
|--------|--------------------|
| 災害時の対応 | 消防計画にもとづいて対応を行います。 |
| 平常時の訓練 | 年に2回訓練を実施いたします。 |
| 防災設備 | 誘導灯、消火器を設置しております。 |
| 防火管理者 | 福島 真以 |

10. 事故発生時の対応

事業所内において、予期せぬ事故が発生した時は、次のとおり迅速かつ適切な対応により円滑かつ円満な解決に努めます。

(1) 利用者及び家族への対応

ア. 最善の処置

介護事故が発生した場合、先ず利用者に対して可能な限りの緊急措置を行います。

イ. 管理者への報告

速やかに管理者に報告するとともに、状況に応じて主治医の指示で協力医療機関へ移送します。

ウ. 利用者及び身元引受人等への説明

できるだけ速やかに利用者や家族に誠意をもって説明し、申し出についても誠実に対応します。

エ. 事故記録と報告

速やかに事故報告書を作成し再発防止対策に努めます。

(2) 行政機関等への報告

重大な介護事故や死亡事故などが発生した場合は、速やかに関係機関へ報告します。

11. 緊急時の対応方法

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、速やかに主治医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連絡先にも連絡します。

【主治医】

病院名 _____ 医師名 _____

電話番号 _____

【緊急連絡先】

氏名 _____ (続柄: _____)

電話番号 _____

*上記の緊急連絡先は、常時確実に連絡が取れるようにお願いします。

12. 個人情報の保護について

当事業所では、個人情報保護に積極的に取り組み、よりよいサービスの提供等本来の利用目的の範囲を超えて利用はいたしません。なお、この場合の個人情報とは、氏名・住所等の特定の個人を選別できる情報をいいます。

13. 契約の終了について

契約期間中は、以下のような事由がない限り継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- (1) 利用者から契約解除の申し出があった場合。
- (2) 利用者が介護施設等に入所した場合。
- (3) 要介護認定により心身の状況が自立と判定された場合。(事業対象者は除く。)
- (4) 利用者が永眠された場合。
- (5) 利用者及び家族によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、その支払を督促したにもかかわらず10日以内に支払われない場合。
- (6) 事業者が止むを得ない事由により、当事業所を閉鎖又は縮小した場合。

14. サービスに関する相談・苦情の窓口

当事業所のサービスにていて、不明な点や疑問、苦情については、下記の相談窓口担当者が対応します。

| | 相談担当者 | 連絡先 |
|---------|--|-----------------|
| 事業者の窓口 | リハビリデイサービス アクティブ 管理者 福島 真以 | 電話 0479-85-6345 |
| 市町村の窓口 | 横芝光町役場 福祉課 介護班 (受付時間 月曜日～金曜日 8 : 15～17 : 15) | 電話 0479-84-1257 |
| 公的団体の窓口 | 千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口 (受付時間 月曜日～金曜日 9 : 00～12 : 00 13 : 00～17 : 00) | 電話 043-254-7428 |
| 第三者委員 | 小川 勝彦 | 電話 0479-82-0317 |
| | 越川 治 | 電話 0479-82-4031 |

※第三者委員とは、苦情を解決するにあたり、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を行うため設置しています。

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護サービス等の提供に際し、利用者に対して重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

< 事業者 >

事業者 千葉県山武郡横芝光町栗山 2725-4
合同会社アクティブ
代表社員 福島 正明

事業所 千葉県山武郡横芝光町栗山 2955-41
リハビリデイサービス アクティブ
説明者 管理者 福島 真以

私は、重要事項説明書に基づいて、事業者から指定地域密着型通所介護サービス等の説明を受けました。

< 利用者 >

氏名 _____

< 署名代筆者 >

氏名 _____ (続柄 _____)

本契約を証するため署名のうえ本契約書を2通作成し各1通保有します。