

株式会社 スローステップ
リハビリデイサービス スローステップ
指定介護予防型通所サービス
重要事項説明書

〒538-0041
大阪府大阪市鶴見区今津北4-12-13
ヴィラージュ今津1階
事業所番号 2779201801
電 話 06-6167-8113
F A X 06-6167-8113

介護予防型通所サービス重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して介護予防型通所サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

1. 事業所の概要

名 称	株式会社 スローステップ	設立年月日	平成26年2月4日
代表者氏名	代表取締役 長塚 慎一	法人種別	営利法人
所在地	大阪府大阪市東成区神路4-3-24 パークホームズ新深江903号		
連絡先	電話 06-6973-3158 FAX 06-6973-3158		

2. 当事業所の概要

名 称	リハビリデイサービス スローステップ	開設年月日	平成26年5月1日
管理者氏名	長塚 慎一		
所在地	大阪府大阪市鶴見区今津北4-12-13ヴィラージュ今津1階		
事業所番号	2779201801		
通常事業地域	・ 鶴見区 ・ 城東区		
連絡先	電話 06-6167-8113 FAX 06-6167-8113		
営業日及び受付時間	営業日 (月・火・水・木・金) とする。 (祝日は営業、お盆休み 8/12~16、年末年始の休み 12/29~1/4) 営業時間 午前8時15分から午後5時15分まで		
サービス提供時間及び利用定員	サービス提供時間		利用定員
	1 単 位 目	午前8時45分 から 午後0時00分	10名
	2 単 位 目	午後1時30分 から 午後4時45分 まで (3時間15分)	10名
事業所の設備概要	機能訓練室		44.5m ²
	静養室		2室
	相談室		1室

	トイレ	2室
	事務室	1室
事業の目的 及び運営方針	<p>介護保険法並びに契約に従い、ご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、さらにご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います。</p> <p>介護予防型通所サービスの提供に当たっては、ご利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。</p>	

3. 当事業所の職員体制（令和7年4月1日現在）

職種	職員数		その他
	常勤	非常勤	
管理者	1名		生活相談員と兼務
生活相談員	1名		管理者と兼務
機能訓練指導員	1名		
介護職員	1名		

- ① 生活相談員は、ご利用者からの申込や相談に係る調整や他の職員に対する技術指導などを行います。
- ② 機能訓練指導員は、ご利用者が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訓練指導、助言などを行います。
- ③ 介護職員は、ご利用者の介護や相談などを行います。

4. 利用料金および支払方法

サービス提供区分		介護予防型通所サービス費（Ⅰ）				介護予防型通所サービス費（Ⅱ）	
		事業対象者・要支援 1 週 1 回程度の利用が必要な場合 (単位数 1,798)		要支援 2 週 1 回程度の利用が必要な場合 (単位数 1,798)		事業対象者・要支援 2 週 2 回程度の利用が必要な場合 (単位数 3,621)	
		利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
通常の場合	基本	19274 円/月	1 割 1,927 円/月	17,923 円/月	1 割 1,927 円/月	38817 円/月	1 割 3,882 円/月
			2 割 3,855 円/月		2 割 3,855 円/月		2 割 7,763 円/月
			3 割 5,781 円/月		3 割 5,781 円/月		3 割 11,646 円/月
日割りとなる場合	基本	632 円/日	1 割 63 円/日	589 円/日	1 割 63 円/日	1,275 円/日	1 割 128 円/日
			2 割 126 円/日		2 割 126 円/日		2 割 256 円/日
			3 割 189 円/日		3 割 189 円/日		3 割 384 円/日

※日割りとなる場合とは、以下のような場合で、() 内の日をもって日割り計算を行います。

- ・ 月途中からサービス利用を開始した場合（契約日）
- ・ 月途中でサービス利用を終了した場合（契約解除日）
- ・ 月途中に要介護から要支援に変更になった場合（変更日）
- ・ 月途中に要支援から要介護に変更になった場合（変更日）
- ・ 同一市町村内で事業所を変更した場合（変更日）

なお、上記の料金以外でも、下記の加算要件に該当した場合は、下記料金もご負担いただきます。

区分	加算の種類	公定価格	ご利用者ご負担料金		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1~2	処遇改善加算Ⅰ		ご負担合計金額の 5.9%		
	介護職員等 ^ペ - ^{ス7} 等支援加算		ご負担合計金額の 1.1%		

- ① 介護給付費の計算は 1 ヶ月単位で行いますので、端数処理の関係で上記の金額とは円単位の誤差が生じることがございます。ご了承下さいませ。
- ② 以下の通常の実施地域内、
 - ・ 鶴見区 ・ 城東区 での送迎に関する費用は無料です。
- ③ お支払方法
請求書をご利用月の翌月 5 日までにご利用者にお届けしますので、15 日までに下記の方法でお支払いください。
 - ・ 当事業所にて現金でのお支払い
 - ・ 当事業所の指定口座へのお振込み
 - ・ 指定口座からのお引き落とし
- ④ 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額にあわせてご利用者の負

担額を変更いたします。

- ⑤ 当日、サービス利用をキャンセルされる場合は午前の部は8時、午後の部は12時までにご連絡ください。

5. 要介護認定前・ケアプラン作成前にサービスを利用した場合は以下のようになります。

- ① ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただき、要支援または要介護の認定を受けたあと、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（「償還払い」といいます）。ただし、「暫定ケアプラン（暫定居宅サービス計画）が作成されている場合は、現物給付となります。
- ② 要介護認定前にサービスを提供した場合には要介護認定後にサービス内容を見直します。
- ③ 認定が「自立」の場合には、全額自己負担となります。
- ④ 要支援または要介護の認定を受けていても、「ケアプラン（居宅サービス計画）」が作成されていない場合は償還払いとなり、一旦全額料金をお支払いいただきます。
- ⑤ 償還払いの場合は、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した証明書を交付します。
- ⑥ 認定結果によって、利用限度額を超えた場合は、その越えた分をご負担していただくこととなります。

6. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。

ただし、その損害の発生についてご利用者に故意、または過失が認められる場合には、損害賠償責任は免責となる場合があります。（利用者様の要望により送迎を希望されない場合、当事業所を出られてからの事故等に関しましては責任を負いかねますのでご了承ください。）

7. 虐待の防止について

当事業所は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者 管理者 長塚 慎一
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ 介護相談員を受入れます。
- ⑥ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（ご利用者のご家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

8. 苦情申立窓口

○ 当事務所の苦情および相談窓口

担当者 管理者 長塚 慎一（ながつか しんいち）
連絡先 06-6167-8113
受付時間 午前8:15～午後5:15

○ 介護保険サービスの苦情について

① 大阪府国民健康保険団体連合会

〒540-0028

大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通FNビル内

連絡先 電話：06-6949-5418（苦情相談窓口）

受付時間（平日） 午前9時～午後5時

② 鶴見区南部地域包括支援センター

〒538-0043

大阪市鶴見区今津南1-1-4

連絡先 電話：06-6969-3030

受付時間（平日） 午前9時～午後5時

③ 鶴見区西部地域包括支援センター

〒538-0051

大阪市鶴見区諸口6-1-13クレセントハイツ鶴見店舗100-3

連絡先 電話：06-6913-7878

受付時間（平日） 午前9時～午後5時

④ 城東・放出地域包括支援センター

〒536-0021

大阪市城東区諏訪4-12-28

連絡先 電話：06-6964-0808

受付時間（平日） 午前9時～午後5時

⑤ おおさか介護サービス相談センター

〒541-0041

大阪市中央区北浜4丁目1番21号 住友生命淀屋橋ビル4階

連絡先 電話：06-6209-3266

06-6209-3276

受付時間（平日） 午前9時～午後5時

9. 緊急時等におけるの対応方法

サービスの提供を行っているときにご利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告する。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該ご利用者に係る居宅支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。

	主治医	ご家族（ ）	その他（ ）
氏名			
住所			
連絡先	電話	電話	電話

10. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年1回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

11. 個人情報の保護

当事業者は、ご利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を順守し適切な取り扱いに努めます。また、当事業者が得たご利用者の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じてご利用者又はその代理人の了解を得るものとする。

12. 日常的金銭管理・財産管理への対応

当事業所は、ご利用者にサービスを提供する際に付随した日常的金銭管理や財産管理については、取り扱いしません。

介護予防型通所サービスの提供の開始にあたり、ご利用者に対し、本書面に基づき重

要事項の説明を行いました。

(説明年月日) 令和 年 月 日

(説明者氏名) 長塚 慎一

住 所 大阪府大阪市東成区神路4-3-24

パークホームズ新深江903号

名 称 株式会社 スローステップ

代表者 代表取締役 長塚 慎一

事業所住所 大阪府大阪市今津北4-12-13

ヴィラージュ今津1階

事業所名 リハビリデイサービス スローステップ

私は事業所から、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、介護予防型通所サービスの提供の開始に同意しました。

ご利用者

(住 所) _____

(氏 名) _____

私は、ご利用者が事業所から重要事項の説明を受け、介護予防型通所サービスの提供の開始に同意したことを確認しましたので、私がお利用者に代わって署名をいたします。

署名代筆者

(住 所) _____

(氏 名) _____

(電 話) _____

(ご利用者との関係) _____)