

みらい機能訓練センター合同会社

みらい機能訓練センター

丹波市介護予防・日常生活支援総合事業における

通所型サービス（現行相当 又は A）重要事項説明書

当事業所は、丹波市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス（現行相当 又は A）の提供の開始にあたり、事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意頂きたいこと等を次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	みらい 機能訓練 センター 合同会社
主たる事務所の所在地	〒669-3301 丹波市柏原町南多田478-1-105
代表者（職名・氏名）	代表者 大石 竜三
設立年月日	平成30年5月7日
電話番号	0795-72-8007

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	みらい 機能訓練 センター	
サービスの種類	丹波市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス（現行相当 又はA）	
事業所の所在地	〒669-3301 丹波市柏原町南多田478-1-105	
事業所の管理者	中 川 明 彦	
電話番号	0795-72-8007	
指定年月日・事業所番号	平成 30年 7月 1 日	2891300218
実施単位・利用定員	2単位	定員 18 人
通常の事業の実施地域	丹波市	
面 積	敷地面積 127.7 m ²	
建物概要	鉄骨造2階建て	述べ床面積 m ²
損害賠償責任保険	福祉事業者総合賠償責任保険	

3. ご利用事業所の主な設備の概要

食堂・機能訓練室	127.7 m ²
静養室	
相談室	

4. 事業の目的と運営の方針

(1) 事業の目的

要支援状態等の利用者に対しその利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

(2) 運営の方針

- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、丹波市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、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。
- ・通所型サービス（現行相当 又は A）の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関への情報の提供を行います。
- ・上記のほか、丹波市が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施します。

5. 提供するサービスの内容

通所型サービス（現行相当 又は A）の内容は、次に掲げるもののうち必要と認められるサービスを行います。

機能訓練	百歳いきいき体操
食事の提供	無し
健康チェック	日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護
入浴	無し

6. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ※土曜日は9：00～12：00のみ ただし、年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分

サービス 提供時間	午前 9 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0 午後 1 : 3 0 ~ 4 : 3 0
--------------	--

7. 従業者の職種、員数及び職務の内容

従業者の職種	常勤	非常勤	職務の内容
管理者	1	0	一元的な管理業務など
生活相談員	1	4	相談援助業務など
看護職員	0	4	看護業務など
介護職員（従事者）	1	3	移動、排泄介助など
機能訓練指導員	1	4	機能訓練指導など

8. 利用料等

（１）通所型サービスの利用料

【基準 A】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 （１割）	利用者負担 （２割）
事業対象者 要支援 1	3, 4 1 0 円（１回につき） （１月の中で全部で４回までのサービス）	3 4 1 円 （月額 円）	6 8 2 円
事業対象者 要支援 2	3, 4 9 0 円（１回につき） （１月の中で全部で８回までのサービス）	3 4 9 円 （月額 円）	6 9 8 円

【現行相当】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 （１割）	利用者負担 （２割）
要支援 1	4, 3 6 0 円（１回につき） （１月の中で全部で４回までのサービス）	4 3 6 円 （月額 円）	8 7 2 円
要支援 2	4, 4 7 0 円（１回につき） （１月の中で全部で８回までのサービス）	4 4 7 円 （月額 円）	8 9 4 円

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）
介護職員処遇改善Ⅱ	所定単位数にサービス別加算率（9.0％）を乗じた単位数で算定
科学的介護推進体制加算	1月につき40円
いきいき100歳体操実施加算	15単位（1回）1月に4回まで
口腔機能向上加算Ⅰ	1月につき150円（1回まで）

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）	減算額（利用者負担）	
		緩和型の場合	現行相当の場合
送迎減算	送迎を行わない場合、片道ごとに減算	-37円	-47円

（２）その他の費用

個別リハビリ	1回	500円
おむつ代	1枚	200円
パット	1枚につき	150円

（３）支払い方法

上記（１）及び（２）の利用料金、その他の費用は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、5日以内に発行します。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	毎月振替
銀行振り込み	当事業所指定の口座へお振込みください。
現金払い	当事業所に末日までに現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

- ・サービス提供中に利用者の体調や容体の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び家族等に連絡する等の措置を講じます。
- ・病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請する場合があります。

10. 事故発生時の対応

- ・通所型サービス（現行相当 又は A）の提供により事故が発生した場合は、速やかに丹波市、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・通所型サービス（現行相当 又は A）の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

11. 非常災害対策

非常災害時の対応方法	① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。 ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
避難訓練等の概要	定期的に避難、救出その他、必要な訓練を行います。
消防計画等	具体的計画を立て、火災等発生時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
防火設備等の概要	消火器、火災感知通報設備

12. 苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	担当者：大石 竜三 ご利用時間：月～金 午前8：30～17：30 （ただし、夏季休暇・年末年始休暇を除く） 電話番号：0795-72-8007
---------	--

（２）行政機関その他の苦情相談窓口

苦情受付機関	所在地	電話番号
丹波市健康福祉部介護保険課	丹波市氷上町常楽211番地	0795-88-5266
国民健康保険団体連合会 （苦情相談専用）	神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号	078-332-5617

13. 秘密保持

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>① 従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又は、その家族の秘密を漏らさないものとする。この秘密保持義務は、利用者との契約終了後も同様とする。</p> <p>② 前項に定める秘密保持義務は、従業者の離職後もその効力を有する旨を雇用契約書等に明記するものとする。</p> <p>③ 事業者は、サービス担当者会議等で利用者及びその家族の個人情報等の秘密事項を使用する場合は、あらかじめ文章により、同意を得るものとする。</p>
従業者に対する秘密の保持について	<p>事業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た従業者又は、その家族の秘密を漏らさないものとする。</p> <p>前項に定める秘密保持義務は、従業者の離職後もその効力を有する旨を雇用契約書等に明記するものとする。</p>

14. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- ・ サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- ・ 他の利用者のご迷惑になるような行為は慎むようお願いします。
- ・ 体調不良等によりサービスを利用できなくなった際は、できる限り早めに当事業所へご連絡ください。

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

令和 年 月 日 ()

事 業 者 所在地 丹波市柏原町南多田 478-1-105
事業者 みらい機能訓練センター合同会社
代表者職・氏名 大石 竜三 印

説明者職・氏名 印

私は、事業者より本書面に基づき重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

令和 年 月 日 ()

利 用 者 住 所

氏 名 _____ 印 _____

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏 名 _____ 印 _____

立 会 人 住 所

氏 名 _____ 印 _____