

重要事項説明書

様

株式会社在宅看護センター愛

リハビリサロン愛

重要事項説明書

1. 事業者の概要

事業者名称	株式会社在宅看護センター愛
代表者名	吉川 比呂司
所在地	〒489-0809 愛知県名古屋市北区辻本通1丁目21番地 TEL 052-916-1262

2. 事業所の概要

(1) 事業所の所在地

事業所名	リハビリサロン愛
介護保険 指定事業所番号	事業開始年月日 令和 02年08月01日 指定事業所番号 2374800759
事業所所在地	〒470-1125 愛知県豊明市三崎町中ノ坪4番地5第2恵ビル 1F
連絡先	TEL 0562-38-7015 FAX 0562-38-6515 222-01@lets-club.info
管理者	比嘉 弥
通常の事業の 実施地域	豊明市、名古屋市緑区の一部、刈谷市の一部、東郷町の一部

(2) 事業所の目的及び運営方針

事業の目的	株式会社在宅看護センター愛が設置する、リハビリサロン愛（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護・介護予防通所サービス事業等（以下「事業」という。）の適切な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護職員その他の従業者が、介護保険法に及び豊明市の定める介護保険法等関係の条例に従い、高齢者がその有する能力に応じ可能な限り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に支援する。
運営方針	1 事業の提供にあたっては、事業所の従業者は、利用者の心身の特徴を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話および機能訓練の援助を行うことによって、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利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。 2 事業の実施にあたっては、関係市区町村、居宅介護支援事業者、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る。

(3) 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土曜日（祝日は営業） 年末年始休業 12月30日～1月3日
営業時間	08時30分 から 17時30分 まで サービス提供時間は、 1 単位目：09時00分～12時15分 2 単位目：13時30分～16時45分

(4) 事業所の従業者体制

管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に係る法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。	常勤兼務（生活相談員兼務）
看護職員	利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行う。	非常勤兼務2名（機能訓練指導員兼務）
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の低下を防止するために必要な機能訓練を行う。	非常勤兼務2名（看護職員兼務）
生活相談員	利用者及び家族に対し生活指導及び介護に関する相談及び助言を行う。利用者の心身の状況等を踏まえて通所介護計画の作成等を行う。居宅介護支援事業者等と連携し必要な調整を行う。	常勤兼務1名（介護職員兼務）
介護職員	利用者の心身の状況等を的確に把握し、適切な介助を行う。	常勤兼務1名（生活相談員兼務1名）、常勤専従1名（1単位目・2単位目）非常勤専従4名

3. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービス内容
機能訓練	体力や運動器機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行う。
送迎	利用者に対し送迎サービスを提供する。
相談・助言	利用者及びその家族の生活指導及び日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。
健康チェック	利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行う。
入浴	入浴見守りまたは介助を行います。また、利用者の身体の状況に応じて、必要な介助を行う。

※食事の提供はありません。

(2) 提供するサービスの利用料について（介護保険を適用する場合）

通常規模型事業所;通所介護 要介護者 単価表

通常規模型通所介護費		単位数	10割（円）	利用者負担額 （円 1割負担）	利用者負担額 （円 2割負担）	利用者負担額 （円 3割負担）	説明等	
基本額 3時間以上 4時間未満	要介護1	368	3,846	385	770	1,155	1回につき	
	要介護2	421	4,400	440	880	1,320	1回につき	
	要介護3	477	4,985	499	998	1,497	1回につき	
	要介護4	530	5,539	554	1,108	1,662	1回につき	
	要介護5	585	6,114	612	1,224	1,836	1回につき	
加算額	入浴介助加算Ⅰ	いづれかを 算定	40	418	42	84	126	1回につき
	入浴介助加算Ⅱ		55	575	58	106	164	1回につき
	個別機能訓練加算Ⅰイ	いづれかを 算定	56	586	59	118	177	1回につき
	個別機能訓練加算Ⅰロ		76	795	80	160	240	1回につき
	個別機能訓練加算Ⅱ	20	209	21	42	63	月1回のみ	
	ADL維持加算Ⅰ	いづれかを 算定	30	314	32	64	96	月1回のみ
	ADL維持加算Ⅱ		60	627	63	126	189	月1回のみ
	口腔機能向上加算Ⅰ	150	1,568	157	314	471	月2回まで	
	科学的介護体制推進加算	40	418	42	84	126	月1回のみ	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	230	23	46	69	1回につき	
	送迎減算	-47	-482	-49	-98	-147	片道につき	
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護報酬総単位数(基本額+各種加算減算)×9.2%[1単位未満の端数四捨五入]×10.45(地域加算)						

*1 地域別加算により豊明市は地域区分が「5級」のため「1単位=10.45円」となります。

*2 行事・創作活動等を実施する際、費用（実費）を別途頂く場合があります。

介護予防通所サービス等 要支援者等 単価表

		単位数	10割（円）	利用者負担額 （円 1割負担）	利用者負担額 （円 2割負担）	利用者負担額 （円 3割負担）	説明等	
イ予防専門型 通所サービス費 (Ⅰ)	事業対象者・要支援1 (1週に1回程度)	1,798	18,790	1,879	3,758	5,637	1月につき	
		59	617	62×日数	62×日数×2	62×日数×3	1回につき	
	要支援2 (1週に1回程度以上)	1,798	18,790	1,879	3,758	5,637	1月につき	
		59	617	62×日数	62×日数×2	62×日数×3	1回につき	
ロ予防専門型 通所サービス (Ⅱ)	要支援2 (1週に2回程度以上)	3,621	37,840	3784	7568	11,352	1月につき	
		119	1,244	125×日数	125×日数× 2	125×日数× 3	1回につき	
加算額	口腔機能訓練加算Ⅰ	150	1,568	157	314	471	月2回まで	
	科学的介護体制推進加算	40	418	42	84	126	月1回のみ	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	230	23	46	69	1回につき	
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	介護報酬総単位数(基本額+各種加算減算)×9.2%[1単位未満の端数四捨五入]×10.45(地域加算)						
	入浴自費サービス(希望者のみ)	500円						1回につき

kiboushanomi

*2 行事・創作活動等を実施する際、費用（実費）を別途頂く場合があります。

4. サービス提供に関する相談・苦情について

<p>サービス提供に関する相談・苦情に関しましてはまず事業所にご連絡いただき、さらにご相談がある場合は、愛知県国民健康保険団体連合会・区市町村相談窓口等にお問い合わせください。</p>	<p>相談担当者名：比嘉 弥 連絡先電話番号：0562-38-7015 F A X 番号：0562-38-6515</p> <p>愛知県国保連合会介護福祉室内 苦情相談室 052-971-4165 豊明市健康福祉部健康長寿課 0562-92-1261 東郷町福祉部高齢者支援課 0561-56-0735</p> <p style="text-align: right;">名古屋市健康福祉局高齢福祉部高齢福祉課052-972-2542</p>
--	--

5. 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>事業者及び事業所の従業者はサービス提供を行う上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。</p>
<p>個人情報の保護について</p>	<p>事業者は利用者及びご家族から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の家族の個人情報を用いません。事業者は利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p>

事業所における個人情報保護についての取り扱いについては株式会社在宅看護センター愛における「個人情報の適正な取り扱いのために～個人情報保護規定等～」に則って取り扱うこととします。プライバシーポリシー、個人情報取り扱い業務概要説明書は別紙にて説明し、必要な方には交付します。

7. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

<p>実施の有無</p>	<p>無</p>
<p>実施した直近の年月日</p>	
<p>実施した評価機関の名称</p>	
<p>評価結果の開示状況</p>	

8. 緊急時の対応について

サービス提供中に緊急の事態が発生した場合はデイサービスにおける各種資料に沿って対応させていただきます。その際に必要な緊急連絡先を別紙にてご指定ください。夜間、営業時間外の緊急事態におきましては対応しかねますのでご了承下さい。

9. 家族等への連絡について

利用者よりサービスに係る要望等があった場合には、利用者に対応について連絡するとともに同様の内容を家族等へも連絡します。

10. 記録の保管について

事業者はサービス提供に関する記録を整備し、契約終了時から5年間保管します。また記録物の閲覧および写しの交付については本人および家族に限り可能です。必要時にご相談下さい。

11. 損害賠償

サービス提供に伴って事業者の明らかな過失により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において利用者に対し、その損害を賠償致します。この契約においてやむを得ず訴訟となる場合は利用者の所在地を管轄する裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とすることにあらかじめ同意します。

(合意裁判管轄)

12. 事故処理

- 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、速やかに市区町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ②事業所は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、その契約の完結の日から5年間保存します。
- ③事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

13. 防災訓練

事業所では、非常災害に備えるため、消防計画を作成し避難訓練を次のとおり個々の日程で複数回行います。

- ①防災訓練 年1回
- ②避難訓練 年1回
- ③通報訓練 年1回

14. 人権擁護・虐待防止及び身体拘束

①事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待及び身体拘束を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

②事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

15. 非常災害時対策

事業者は、非常災害等の発生の際にその事業を継続することができるよう、他の社会福祉施設と連携し、協力することができる体制を構築していきます。

16. 衛生管理等

- ①介護職員等従業員の生活の保持及び健康状態について必要な管理を行います。
- ②事業所の設備及び備品等について衛生的な管理に努めます。

17. 留意事項

- ①サービスのキャンセルにつきましては利用者またはその家族、介護支援専門員によりサービス提供日の当日午前 8 時30分までにご連絡ください。
- ②事業所では基本的に禁煙とさせていただいており、事業所内には喫煙所を設けておりません。禁煙にご理解ご協力のほどよろしくお願い致します。
- ③事業所内においては携帯電話の使用をご遠慮願います。
もし連絡等が必要な場合は事業所の電話をご使用下さい。
- ④事業所では随時、在宅ケア従事者の育成のために他事業所からの研修生の受け入れにも協力させていただいております。
なにとぞ、ご協力のほど宜しくお願い致します。
- ⑤1ヶ月以上休みが続いたときの終了等の手続きについて
1ヶ月以上休みが続いたときは、ご連絡させて頂き契約を継続するかどうかご確認させていただきます。
継続が不可能な場合は契約終了とさせていただきますのでご了承ください。
- ⑥災害時の対応（地震・台風・大雪・警報時など）
地震・台風・大雪・警報時などサービスを継続出来ない気象状況になった場合はやむを得ず、サービスを打ち切りとさせていただく場合がございます。
その際にご連絡させていただきますのでご了承ください。
- ⑦安全で円滑な送迎の為、お迎えの時間を書面または電話にてご連絡します。
お知らせした時間よりも10分以内の早まりや遅れにつきましてはご了承ください。
交通事情等で10分以上到着時間が前後する場合は、電話連絡を致します。

重要事項説明年月日

令和 年 月 日

事業所は本書面にに基づき、重要事項を説明しました。

事業所名：リハビリサロン愛

所在地：愛知県豊明市三崎町中ノ坪4番地5第2恵ビル 1F

TEL：0562-38-7015

事業者：株式会社在宅看護センター愛

法人印

説明者氏名：

印

私は本書面にに基づいて事業所から重要事項の説明を受け、同意しました。

※通所に際し、自己における送迎の場合は、十分に注意を払います。また、万一、事故に遭遇した場合は、その原因の如何を問わず一切の責任を自ら負い、【リハビリサロン愛】に対する責任の一切を免除します。

利用者

住所

氏名

印

利用者家族

住所

氏名
(続柄)

印

法定代理人

住所

氏名
(続柄)

印

株式会社在宅看護センター愛【リハビリサロン愛】
管理者殿

緊急連絡先

緊急時において担当者は、必要な処置を講じます。また、ご指定頂いた緊急連絡先にも連絡を致します。

氏名		続柄	
住所			
電話番号			
昼間の連絡先			
携帯電話番号			

氏名		続柄	
住所			
電話番号			
昼間の連絡先			
携帯電話番号			

主治医	氏名	
	医療機関名	
	住所	
	電話番号	

ケアマネジャー	氏名	
	事業所名	
	住所	
	電話番号	