

# **地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス**

**あおぞらリハビリデイサービスセンター**

**重要事項説明書**



# 地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス 重要事項説明書

<令和6年10月15日 現在>

あおぞらリハビリデイサービスセンターにて提供するサービスについての相談窓口

電話 0771-45-8789 (午前 8時30分 ~ 午後 5時30分まで)

担当 米倉 美菜 ( 管理者 )

あなた様に説明する重要事項は以下のとおりです。ご不明な点は、お気軽におたずね下さい。

## 1. 事業所の概要

指定番号 (指定年月日)	2691600122 (令和5年6月20日)
指定事業の種類	地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス
運営主体の法人名	株式会社菱田鍼灸整骨院
運営主体の所在地	〒621-0855 亀岡市中矢田町オノ溝 1-36
運営主体の代表者氏名	代表取締役 菱田 幹也
事業所名	あおぞらリハビリデイサービスセンター
管理者の役職・氏名	管理者 米倉 美菜
事業所の所在地	〒621-0843 亀岡市西つつじヶ丘五月台 1丁目 24-1
代表電話番号・FAX 番号	TEL : 0771-45-8789 FAX : 0771-45-8789
運営の方針と事業所の特色等	<p>要介護・要支援状態の心身の特性を踏まえて、その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>事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。</p> <p>1人1人の身体機能を把握し、その人にあった機能訓練、マッサージ等を提供します。</p>

施設の利用に当たっての留意事項	<p>施設の利用に当たっては、当該文書を交付して説明を行い、当該施設に関する契約を文書によって締結します。</p> <p>利用者が使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めます。感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。</p> <p>利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむをえない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動制限を行いません。</p>
-----------------	--

## 2. 職員に体制に関する事項

従業者の職種	常勤（人）		非常勤（人）		合計人数	保有資格等	
	専従	兼務	専従	兼務			
管理者		1			1	柔道整復師、実務者研修修了者他	
生活相談員	1	1		1	3	介護支援専門員、介護福祉士	
看護職員							
介護職員		2	2		3	介護福祉士、実務者研修修了者他	
機能訓練指導員		1	1	1	3	柔道整復師、鍼灸師他	
サービス従業者の健康診断の実施の有無	①					・	無

## 3. サービスの内容等に関する事項

営業時間（休業日） 窓口対応可能時間	月曜日～金曜日（土日、年末年始（12/30～1/3）、ゴールデンウィーク（5/3～5/5）、お盆（8/13～8/15）） 概ね1カ月前には、利用者へ通知を行います。 午前8時30分～午後5時30分	<b>サービス提供時間</b> 1 単位目 午前の部 9時～12時10分 2 単位目 午後の部 14時～17時10分
サービス提供地域	亀岡市全域	

サービス内容	<p>生活指導（相談・援助等）、健康状態の確認、必要な日常生活上の世話、機能訓練及びレクリエーション（創作活動等）、マッサージ、送迎等</p>
<p>従業者の職種 及び 職務内容</p>	<p>事業所に勤務する従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。</p> <p>(1) 管理者（業務に支障がない限り他の職務との兼務を行えるものとする。）</p> <p>管理者は、従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに両計画の作成及び説明を行うほか、従業者の管理、指定通所介護及び総合事業の利用の申込みに係る調整、また法令等において規定されている指定通所介護及び総合事業、両事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。</p> <p>(2)生活相談員</p> <p>生活相談員は、利用者及び家族からの相談に対する援助、利用申込みに係る調整、他の従事者に対する助言及び技術指導、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等との連携・調整を行い、また他の従事者と協力して両計画の作成等を行う。</p> <p>(3)機能訓練指導員</p> <p>機能訓練指導員は、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機能訓練、訓練指導及び助言を行いまたその他の指定通所介護及び総合事業の提供に当たる。</p> <p>1人1人の身体機能を把握し、その人にあった機能訓練、マッサージ等を提供します。</p> <p>(4)介護職員</p> <p>介護職員は、両計画に基づき、バイタルチェックや機能訓練、緊急時の対応を行いまたその他の指定通所介護及び総合事業の提供に当たる。</p>

居宅サービス事業の介護報酬告示上の額とし、法定代理受領サービスの 1 割または 2 割または 3 割。(亀岡市は、6 級地区分のため 1 単位 10.27 円で計算します)

**【地域密着型通所介護】**

※下記は「3 時間以上 4 時間未満」でのサービスを利用頂いた場合の料金となります。

※他時間帯含む自己負担料金については、別紙サービス利用料金表をご参照下さい。

利用料

利用区分	単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	416	427 円 /回	854 円/回	1281 円/回
要介護 2	478	491 円 /回	982 円/回	1473 円/回
要介護 3	540	555 円 /回	1109 円/回	1664 円/回
要介護 4	600	616 円 /回	1232 円/回	1849 円/回
要介護 5	663	681 円 /回	1362 円/回	2043 円/回
個別機能訓練加算 (I) イ	56	58 円 /回	115 円/回	173 円/回
個別機能訓練加算 (I) ロ	76	78 円 /回	156 円/回	234 円/回
個別機能訓練加算 (II)	20	21 円 /月	41 円/月	62 円/月
科学的介護推進体 制加算	40	41 円 /月	82 円/月	123 円/月
ADL 維持等加算 (I)	30	31 円 /月	62 円/月	93 円/月
ADL 維持等加算 (II)	60	62 円 /月	124 円/月	185 円/月
サービス提供体制強 化加算 (I)	22	23 円 /回	45 円 /回	68 円 /回
サービス提供体制強 化加算 (II)	18	19 円 /回	37 円 /回	56 円 /回
サービス提供体制強 化加算 (III)	6	7 円 /回	13 円 /回	19 円 /回

別途、一月における合計額に介護職員処遇改善加算 (I) 9.2%、(II) 9.0%、(III) 8.0% が加わります。

## 【介護予防通所介護相当サービス】

※下記は、（入浴なし）のサービスをご利用頂いた場合の料金となります。

※他サービス内容含む自己負担料金については、別紙サービス利用料金表をご覧ください。

利用区分	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者（週1回）	1798	1847円 /月	3693円/月	5540円/月
要支援1（週1回）	1798	1847円 /月	3693円/月	5540円/月
要支援2（週2回）	3621	3719円 /月	7438円/月	11156円/月
科学的介護推進体制加算	40	41円/月	82円/月	123円/月

別途、一月における合計額に介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）9.2%、（Ⅱ）9.0%、（Ⅲ）8.0%が加わります。

※上記以外に、ご利用に応じて以下の費用がかかります。

飲料（コーヒー等）	50円（1杯につき）	
マスク代	50円（1枚につき）	
架け橋セット （連絡用ファイル・連絡袋）	200円（1セットにつき）	
その他	オムツ・リハビリパンツ	100円（1枚につき）
	尿とりパッド	50円（1枚につき）
材料費	別途実費負担	
送迎代	送迎範囲を超えた場合の料金 100円（1kmにつき）	

※ 償還払いや確定申告等で必要となる場合には、「サービス提供証明書」を交付します。

※ 介護・予防の認定からの給付額に変更があった場合は、変更された額に併せて、ご利用者の負担額を変更します。

利用料金のお支払い方法	上記「利用料」の料金は、毎月 20 日までに前月分の利用料金等の請求を致しますので、当月末日までに銀行振替または現金にてお支払い下さい。	
利用の中止・変更・追加	利用予定日の前に、ご利用者の都合により、当該サービスの利用を中止又は変更、若しくは新しいサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービス実施日の前日までに事業者申し出て下さい。	
利用定員数	10 名（1 単位:10 名、2 単位:10 名）	
苦情・相談対応窓口の名称・連絡先・対応時間	あおぞらリハビリデイサービスセンターに設置された苦情・相談対応窓口	担当 (管理者) 米倉 美菜 電話番号 0771-45-8789 対応時間 8:30 ～ 17:30
	外部に設置された苦情・相談対応窓口	名称 亀岡市高齢福祉課 電話番号 0771-25-5170 対応時間 8:30 ～ 17:15（土日祝日を除く）
	国保連苦情・相談対応窓口（介護サービス苦情相談窓口）	名称 京都府国民健康保険団体連合会 電話番号 075-354-9090 対応時間 9:00 ～ 17:00（土日祝日を除く）
苦情処理	<p>指定通所介護及び総合事業の提供に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるものとする。</p> <p>2 事業所は、提供した指定通所介護及び総合事業に関し、国又は地方公共団体が行う調査に協力するとともに、国又は地方公共団体から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。</p>	
緊急時等における対応方法	<p>指定通所介護及び総合事業の提供を行っているときに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るものとする。</p> <p>2 利用者に対する指定通所介護及び総合事業の提供により事故が発生した場合は、亀岡市、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。</p> <p>3 事業所は、事故の状況や事故に際して採った処置について、記録するとともに、事故発生の原因を解明し、再発防止のための対策を講じるものとする。</p>	

	<p>4 利用者に対する指定通所介護及び総合事業の提供により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うものとする。</p>
個人情報の保持	<p>事業所は、利用者及びその家族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」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。</p> <p>2 事業者が得た利用者またはその家族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利用者またはその代理人の了承を得るものとする。</p>
虐待防止に関する事項	<p>事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又は再発の防止等のため次の措置を講ずるものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 従業者に対する虐待を防止するため研修の実施</li> <li>(2) 虐待の防止にかかる体制として、虐待防止検討委員会を設置する</li> <li>(3) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備</li> <li>(4) 前2号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く</li> <li>(5) その他虐待防止のために必要な措置</li> </ol> <p>2 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(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。</p>
第三者評価の実施について	<p>・ 第三者評価の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無</p> <p>・ 直近の実施年月日 令和 6年 11月 20日</p> <p>・ 実施評価機関</p> <p>・ 評価結果の開示状況 開示有</p>
その他運営に関する留意事項	<p>事業所は、生活相談員等の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 採用時研修：採用後1ヶ月以内</li> <li>(2) 継続研修：年4回以上</li> </ol> <p>2 事業者は、従業者が在職中のみならず退職後においても、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じるものとし、従業者との雇用契約の内容に含むものとする。</p> <p>3 事業所は、指定通所介護及び総合事業に関する記録を整備し、記録はサービスの提供が完了した日から5年間保存するものとする。</p>

令和 年 月 日

通所介護・介護予防通所介護相当サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面を交付の上、重要な事項を説明しました。

所在地 亀岡市西つつじヶ丘五月台1丁目24-1  
名称 あおぞらリハビリデイサービスセンター  
説明者氏名

私は、本書面により、地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス事業所 あおぞらリハビリデイサービスセンターから重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意の上、本書面を受領しました。

利用者	住所	
	氏名	印
代理人	住所	
	氏名	印