

重要事項説明書

(通所介護)

事業者： 陽なたリハビリデイサービス

陽なたリハビリデイサービス

通所介護・介護予防通所介護・第一号通所事業

重要事項説明書

_____様（以下利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人社団大日会
主たる事務所の所在地	〒196-0003 東京都昭島市松原町一丁目2番1号
代表者（職名・氏名）	理事長 木内巻男
設立年月日	1996年2月16日
電話番号	TEL 042-544-7511 FAX 042-545-1133

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	陽なたリハビリデイサービス	
サービスの種類	通所介護・介護予防通所介護・第一号通所事業	
事業所の所在地	〒184-0004 東京都小金井市本町6-7-6	
電話番号	042-316-4351	
指定年月日・事業所番号	2015年2月1日	
実施単位・利用単位	6単位	定員25人
通常の事業の実施地域	小金井市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅介護サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約に定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保険・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防の為、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

通所介護（又は介護予防通所介護・第一号通所事業）は、事業者が設置する事業所（デイサービス）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで 休日：土・日・祝日、年末年始（12月29日から1月3日）
営業時間	営業時間：8時30分から17時30分
サービス提供時間	① 9時00分から12時15分まで（10時00分から11時30分）
※（注）参照	②13時45分から17時00分まで（14時45分から16時15分）

（注）「サービス提供時間」とは、利用者を事業所に迎えて送り出すまでの時間を言います。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤3人(兼任)、 非常勤0人
介護職員	常勤3人(兼任)、 非常勤3人
機能訓練指導員（理学療法士・作業療法士）	常勤2人、 非常勤0人
看護職員	常勤1人、 非常勤0人

7. サービス提供の担当者

サービス提供の担当職員（生活相談員）及び管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者	梶島 裕二（かばしま ゆうじ）
相談員	梶島 裕二（かばしま ゆうじ） 村井 紫乃（むらい しの） 石中 由也（いしなか ゆうや）

8. 利用料(利用回数について)

利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割から3割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

要支援の対象の利用者様には、要支援1は月4回、要支援2は月8回とサービス提供の回数を設定させて頂きたいと思っておりますので、（5週目をお休み）ご理解の程よろしくお願ひ申し上げます。

(注) 5週目の利用を希望される場合は、概ね1カ月前までにお知らせください。

(1) 通所介護の利用料

【基本部分：通所介護費（通常型）】

時間区分	介護度	単位数	介護報酬	利用者負担金		
				1割	2割	3割
3時間以上 4時間未満 (1日あたり)	要介護1	370単位/日	3,952円	395円	790円	1,185円
	要介護2	423単位/日	4,518円	451円	902円	1,353円
	要介護3	479単位/日	5,116円	512円	1,024円	1,536円
	要介護4	533単位/日	5,692円	569円	1,138円	1,707円
	要介護5	588単位/日	6,280円	628円	1,256円	1,884円

加算項目	単位数	加算料金	利用者負担額			算定単位
			1割	2割	3割	
通所介護入浴介助加算	40単位	427円	42円	84円	126円	1日につき
通所介護個別機能訓練加算	76単位	812円	81円	162円	243円	1日につき
通所介護個別機能訓練加算Ⅱ	20単位	214円	21円	42円	63円	1月につき
通所介護サービス提供体制加算Ⅱ	18単位	192円	20円	40円	60円	1日につき
通所介護生活機能向上連携加算Ⅱ	100単位	1,068円	106円	212円	318円	1月につき
科学的介護推進体制加算	40単位	427円	42円	84円	126円	1月につき
ADL維持等加算	30, 60単位	320・641円	32・64円	64・128円	96・192円	1月につき

加算の種類	加算の要件（概要）
個別機能訓練加算	利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し実施した場合
入浴介助（個浴）	入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合（1日につき）
サービス提供体制加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士が50%以上配置されていること
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月総単位数に9.2%加算されます

【合計料金】	(1割)	(2割)	(3割)	(1割)	(2割)	(3割)
要介護1	1日：496円	992円	1,488円	1ヶ月：235円	470円	705円
要介護2	1日：552円	1,104円	1,656円	1ヶ月：235円	470円	705円
要介護3	1日：612円	1,224円	1,836円	1ヶ月：235円	470円	705円
要介護4	1日：670円	1,340円	2,010円	1ヶ月：235円	470円	705円
要介護5	1日：728円	1,456円	2,184円	1ヶ月：235円	470円	705円

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業（現行相当サービス）の利用料

【基本部分：現行相当サービス】

基本部分	単位数	介護報酬	利用者負担金			算定単位
			1割	2割	3割	
要支援1	1,897 単位	20,260 円	2,026 円	4,052 円	6,078 円	1月につき
要支援2	3,653 単位	39,014 円	3,901 円	7,802 円	11,703 円	
要支援2(週1)	1,939 単位	20,709 円	2,070 円	4,140 円	6,210 円	

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービス利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【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。

加算項目	単位数	加算料金	利用者負担額			算定単位
			1割	2割	3割	
予防通所介護サービス提供体制加算Ⅱ1	72 単位	768 円	77 円	154 円	231 円	1月につき
予防通所介護サービス提供体制加算Ⅱ2	144 単位	1,537 円	154 円	308 円	462 円	1月につき
科学的介護推進体制加算	40 単位	427 円	42 円	84 円	126 円	1月につき
生活機能向上連携加算Ⅱ	200 単位	2,136 円	213 円	426 円	639 円	1月につき

加算の種類	加算の要件（概要）
科学的介護推進体制加算	ADL 値を厚生労働省へ提出、活用している場合
生活機能向上連携加算	医療施設等と連携、共同で計画を作成している場合
サービス提供体制加算	介護職員のうち介護福祉士が 50%以上配置されていること
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月総単位数に 9.2%加算されます。

【合計料金】

要支援1 (1割/2割/3割) : 2,576 円 / 5,152 円 / 7,728 円
 要支援2 (1割/2割/3割) : 4,708 円 / 9,416 円 / 14,124 円
 要支援2(週1) (1割/2割/3割) : 2,625 円 / 5,250 円 / 7,875 円

(3) 第一号通所事業（市基準サービス）の利用料

【基本部分：①通所型サービス 1.5 時間以上 3 時間未満（独自）】

基本部分	単位数	介護報酬	利用者負担金			算定単位
			1 割	2 割	3 割	
要支援 1	1,504 単位	16,063 円	1,606 円	3,212 円	4,818 円	1 月につき
要支援 2	3,085 単位	32,948 円	3,294 円	6,588 円	9,882 円	

【基本部分：②通所型サービス 3 時間 15 分（独自）】

基本部分	単位数	介護報酬	利用者負担金			算定単位
			1 割	2 割	3 割	
要支援 1	1,579 単位	16,864 円	1,686 円	3,372 円	5,058 円	1 月につき
要支援 2	3,239 単位	34,593 円	3,459 円	6,918 円	10,377 円	
要支援 2(週 1)	1,619 単位	17,291 円	1,729 円	3,458 円	5,187 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。

加算項目	単位数	加算料 金	利用者負担額			算定単位
			1 割	2 割	3 割	
運動機能向上加算	225 単位	2,403 円	241 円	481 円	723 円	1 月につき
科学的介護推進体制加算	40 単位	427 円	42 円	84 円	126 円	1 月につき
運動器機能向上加算	利用者へ個別的な機能訓練等の運動機能向上サービスを行った場合					
科学的介護推進体制加算	ADL 値を厚生労働省へ提出、活用している場合					
介護職員処遇改善加算 I	1 ヶ月総単位数に 9.2%加算されます					

【合計料金】

① 1.5 時間以上 3 時間未満
要支援 1 (1 割/2 割/3 割) : 2,043 円 / 4,086 円 / 6,129 円
要支援 2 (1 割/2 割/3 割) : 3,872 円 / 7,744 円 / 11,616 円
② 3 時間 15 分
要支援 1 (1 割/2 割/3 割) : 2,131 円 / 4,262 円 / 6,393 円
要支援 2 (1 割/2 割/3 割) : 4,050 円 / 8,100 円 / 12,150 円

要支援 2(週 1) (1 割/2 割/3 割) : 2,177 円 / 4,354 円 / 6,531 円

(4) その他の費用

材料費、作業活動費、その他	実費（自己負担）
---------------	----------

【介護保険給付対象外サービスの利用料】

通常の実施地域を越える交通費	通常の実施地域(市境)より2kmまで	210円/1日
	通常の実施地域(市境)より2km以上	410円/1日
その他日常生活費、行事費	実費	

(4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルされた場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日（16時以降）	利用負担金の50%の額
利用予定日の当日	利用負担金の100%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(注) 利用振替は、行っておりません。

(5) 支払い方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1か月ごとにまとめて請求しますので、口座引き落とし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、15日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	当月請求書は、翌月の2週目に連絡ノートに同封させていただきます。 引き落としは、サービスを利用した月の翌月の27日(休業日の場合は翌営業日)に、指定口座より引き落としますので期日までにご入金をお願いいたします。確認後、領収印を押印させていただきます。

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 災害時の対応

- (1) サービス提供中に災害が生じた場合は、直ちにサービスを中止し、ご利用者の避難誘導等、安全防護策を講じます。
- (2) 送迎中に生じた事故等は、運転手、介護従事者がご利用者の身体の安全を確保するとともに必要な措置を講じます。

※別紙、緊急時連絡先に基づき避難後、ご連絡させていただきます。

11. 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	電話番号 042-316-4351 担当者 椛島裕二 面接場所 当事業所の相談室（陽なたリハビリデイサービス）
---------	---

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	小金井市介護福祉課 介護保険給付係 給付担当	電話 042-387-9822 FAX 042-384-2524（複数課で共有しているため介護福祉課宛とご記入ください。）
	国民健康保険団体連 合会（国保連）総務部 総務課苦情対応窓口	電話 03-6238-0112 FAX 03-6238-0022 午前 8:45～午後 5:30 ただし土日祝を除く

12. 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。

- (1) 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。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 持参薬は基本的には、お断りさせていただいておりますが、やむを得ず、サービス提供時間に定期服薬時間が重なる場合のみ、お預かりさせていただきます。しかし、服薬に関しては自己責任でお願いいたします。

体調不良による持参薬を服薬された場合、頓用が必要になった場合は、ご帰宅いただく場合もございます。

13. その他

保険会社：東京海上日動火災保険（株）

保険の種類：全日病厚生会病院総合保障制度 居宅介護事業者賠償責任保険

1 4. 個人情報保護に関する同意書

通所介護及び介護予防通所介護施設「陽なたリハビリデイサービス」（以下「施設」という）では、利用者の方の尊厳を守り安全管理に配慮する個人情報保護方針の下、ここに利用目的を特定します。予め利用者ご本人及びご家族の同意を得ないで、必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことは致しません。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

1 当施設内部での利用目的

- ①当施設が利用者の方等に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③介護サービスの利用に係る当施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・入所、退所等の管理
 - ・会計、経理
 - ・事故等の報告
 - ・当該利用者の介護サービスの向上

2 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ①当施設が利用者の方等に提供する介護サービスのうち
 - ・利用者の方に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・利用者の健康管理に必要な場合、医師の意見・助言を求める際
 - ・ご家族等への心身の状況説明
- ②介護保険事務のうち
 - ・保険事務の委託（一部の委託も含む）
 - ・審査支払機関への介護報酬請求明細書提出
 - ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ③損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出等

【上記以外の利用目的】

1 当施設の管理運営業務のうち次のもの

- ・介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
- ・当施設において行われる事例研究
- ・当施設の行事等に関する施設内写真の掲示

2 外部審査機関への情報提供

西暦 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

<事業者（法人）名> 医療法人社団 大日会

<事業所 所在地> 東京都小金井市本町六丁目 7 番 6 号

<事業所名> 東京都指定 介護保険事業所番号 1374101499
医療法人社団大日会 通所介護事業所 陽なたリハビリデイサービス

<代表者名> 管理者 椛島 裕二

<説明者名>

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

<利用者>

住所

氏名

<署名代行者（又は法定代理人）>

住所

本人との続柄

氏名

<立会人>

住所

氏名