

「通所型サービス」重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社アクティブビジョン
- (2) 法人所在地 愛媛県今治市延喜甲31番地1
- (3) 電話番号 0898-35-1388
- (4) 代表者氏名 代表取締役 菊川 裕基
- (5) 設立年月日 平成22年6月7日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所型サービス
- (2) 事業所の名称 ハーフデイリハビリステーション 晃誠
- (3) 事業所の所在地 愛媛県今治市美須賀町三丁目3番地2 アビタ' 31
- (4) 電話番号 0898-35-5788
- (5) 管理者 西 俊久
- (6) 開設年月日 平成26年9月1日
- (7) 利用定員 午前の部 15人 午後の部 15人
- (8) 事業所の目的及び運営方針

当事業所は機能訓練を中心に、笑顔が引き出せるような介護や日常生活上の必要な介助を提供することで、在宅での生活を一日でも長く継続できるよう自立支援することを目的とします。これらのサービスを提供するにあたって、利用者及びご家族のご希望を十二分に取り入れ、利用者に係る職種の協議によって計画書を作成し、内容に同意をいただきます。

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域
通常事業の実施地域は、旧今治市（ただし頓田川より今治方面に限る。島嶼部は不可）とする。
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日 祝祭日（成人の日を除く）、8月15日、12月30日から1月3日までを除きます
営業時間	8:30～17:30
サービス提供時間	1単位目 9:00～12:10 2単位目 13:20～16:30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して通所型サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

管理者 1名

管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を行います。

生活相談員 常勤 2名以上

生活相談員は、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供できるように、事業所内のサービスの調整、介護予防ケアマネジメント事業者等他の機関と連携し必要な調整を行います。

介護職員 常勤2名 非常勤1名以上

介護職員は、サービスの提供に当たり、利用者の心身の状態等を的確に把握し適切な介助を行います。

機能訓練指導員 常勤2名以上 非常勤1名以上

機能訓練指導員は、利用者が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回復訓練等を行います。

看護職員 非常勤2名以上

看護職員はサービス提供に当たり、利用者様の心身の状態等を的確に把握し適切な看護・介助を行います。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |

があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（基本利用料の7～9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

生活指導（相談援助等）

一般的健康状態の確認

排泄介助

送迎サービス

個別機能訓練

その他

〈サービス料金（月額）（1）予防給付費〉

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービス料金は、ご利用者の要支援度に応じて異なります）

☆ご利用者に提供するおやつ等にかかる費用は別途いただきます。（（2）①参照）

☆介護保険の給付額や負担率に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

■ 介護予防通所介護費

サービス名称	サービスの内容	基本利用料 (1月あたり)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
通所型サービス21 (1回につき)	1月当たりの回数を定める場合 (事業対象者・要支援1)	4360円	436円	872円	1308円
通所型サービス11 (1月につき4回を超える場合)	1週当たりの標準的な回数を定める場合 (事業対象者・要支援1)	17980円	1798円	3596円	5394円
通所型サービス22 (1回につき)	1月当たりの回数を定める場合 (事業対象者・要支援2)	4470円	447円	894円	1341円
通所型サービス12 (1月につき8回を超える場合)	1週当たりの標準的な回数を定める場合 (事業対象者・要支援2)	36210円	3621円	7242円	10863円
サービス 提供体制強化加算Ⅱ	月1回算定 (事業対象者・要支援1)	720円	72円	144円	216円
サービス 提供体制強化加算Ⅱ	月1回算定 (事業対象者・要支援2)	1440円	144円	288円	432円

通所型独自サービス処遇改善加算Ⅲ	所定単位数に加算率 8.0%を乗じた単位数で計算
------------------	--------------------------

※ 送迎料金は、サービス利用料金に含まれます。

※サービス利用料金のご利用者負担額は、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた金額となります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額がご利用者の負担とさせていただきます。

① おやつ提供

180円とさせていただきます。

② おむつ代

おむつ 100円 パット 50円

③ 通常の事業の実施地域以外の送迎費

通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対し送迎を行う場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、路程 1 キロメートル当たり片道 10 円を実費として徴収させていただきます。島嶼部については、距離に基づく交通費に加え高速道路代実費を徴収させていただきます。

④ その他、レクリエーション、創作活動等にかかる費用をいただく場合があります。

(3) 利用料金お支払い方法

① 前記(1)、(2)の料金・費用の合計額を翌月10日前後に請求書を発行し、20日に口座引き落としにてお支払いいただきます。

② 現金でのお支払いも翌月20日までとさせていただきます。

(4) サービス利用の中止

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、指定介護予防通所介護相当事業サービスの利用を中止することができます。この場合には、実施日の当日午前8時30分までに事業所に申し出てください。

当日午前8時30分以降に中止する場合には、以下の通りのキャンセル料をいただきます。

前日のキャンセル : 無料

当日のキャンセル : 180円(おやつ代)

【連絡先】(電話番号) 0898-35-5788

(5) サービス利用の変更

利用者が通所型サービスの変更等を希望する場合は、いつでも事業所に申し出てください。

該当利用者に係る介護予防ケアマネジメント事業所への連絡その他の必要な援助を行います。

6. 苦情の受付について

当事業所は苦情受付窓口を設置しており利用者・家族からの苦情に迅速、適切に対応します。また、本事業所への苦情やご意見は、行政やその他苦情受付機関に相談することもできます。

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 [職名] 管理者：西 俊久 [場所] 当事業所の相談室

○受付時間 月曜日～土曜日【8:30～17:30】 電話番号 0898-35-5788

(2) 行政機関その他苦情受付機関

今治市 介護保険課	所在地 今治市別宮町1丁目4番地1
受付時間 8:30～17:15	電話番号 0898-36-1526
愛媛県国民健康保険団体連合会	所在地 松山市高岡町101番地1
受付時間 8:30～17:15	電話番号 089-968-8700

※土日・祝日除く

7. 利用に当たっての留意事項

- ・金銭及び貴重品の持ち込みはご遠慮ください。
- ・施設内での飲酒及び喫煙はご遠慮ください。
- ・食べ物を持ち込みはご遠慮ください。
- ・下着、タオル等持参する物品については氏名を記載してください。
- ・他の利用者への迷惑行為は禁止致します。

8. 事故の対応について

サービス提供により事故が発生した場合には、市町、家族、介護予防ケアマネジメント事業所への連絡など必要な措置を講じ、事故の状況や事故に関して採った処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、緊急連絡先へ連絡し、必要に応じ救急車の要請を行います。

10. 非常災害対策

非常災害時の関係機関への通報体制を整備し、それらを従業者に周知させるとともに、定期的に避難訓練、その他の必要な訓練を行います。

11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

【実施済】

○実施年月日 年 月 日

○実施評価機関の名称 ()

○評価結果の開示状況 ()

【未実施の場合】

未实施

通所型サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

ハーフデイリハビリステーション 晃誠

説明者 職名 _____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所型サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所 _____

本人との続柄()

氏名 _____

※ 介護保険制度改定についての内容説明とご利用者の同意について

[illegible]