

「指定通所介護」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 指定通所介護
(2) 事業所の名称 リハビリステーション晃誠
(3) 事業所の所在地 香川県観音寺市池之尻町1017番地1
(4) 電話番号 0875-23-6388
(5) 管理者 太田 真也
(6) 開設年月日 平成29年5月1日
(7) 利用定員 30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

観音寺市内・三豊市内（ただし、島しょ部は除く）

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日、成人の日 祝祭日、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	9:20~15:30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護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 常勤介護職員兼務1名

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を行います。

生活相談員 3名（非常勤介護職員兼務3名、）

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、居宅介護支援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 23名（常勤6名、内1名は管理者兼務、3名は機能訓練指導員兼務、非常勤17名、内3名は生活相談員兼務、2名は看護職員兼務、11名は機能訓練指導員兼務）

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 15名（常勤介護職員兼務3名、非常勤12名、内11名は介護職員兼務）

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 3名（非常勤3名、内2名は介護職員兼務）

看護職員は、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看護や介助を行います。

5. 当事業所が提供するサービスの内容と利用料金

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ご負担いただく場合 |

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、介護保険負担割合に基づき負担割合を除く利用料金が、介護保険から給付されません。

〈サービス内容〉

- | | |
|----------|--------------|
| ① 入浴 | ⑤生活指導（相談援助等） |
| ② 排泄 | ⑥食事の介助 |
| ③ 個別機能訓練 | ⑦一般的健康状態の確認 |
| ④ 送迎サービス | ⑧その他 |

※ 介護保険制度改定に伴いサービスに変更があった場合、別紙にて担当者よりご説明、ご利用者の同意をいただきます。

〈サービス料金（1回あたり）（1）介護給付費〉

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、ご利用者の要介護度に応じて異なります）

☆ご利用者に提供する食事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。

■通常規模型通所介護費（6時間以上7時間未満の場合）

ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用料金 ご利用者負担額【1割】	584円	689円	796円	901円	1008円
入浴介助（I） ご利用者負担額【1割】	40円	40円	40円	40円	40円
個別機能訓練 I（ロ） ご利用者負担額【1割】	76円	76円	76円	76円	76円
介護職員処遇改善加算Ⅲ ご利用者負担額【1割】	所定単位数に加算率（8%）を乗じた単位数で算定				

※ 送迎料金は、サービス利用料金に含まれますが、利用者が自ら行う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合など事業者が送迎を実施していない場合は、片道に付き減算の対象となります。

※ 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 食事の提供（食費）

食費は1食660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 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、27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、翌月の27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、指定通所介護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 : 660円(お食事代)

【連絡先】 (電話番号) 0875-23-6388

(5) サービス利用の変更

利用者が指定通所介護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。

該当利用者に係る居宅介護支援事業所への連絡、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：太田 真也

○受付時間 月曜日～土曜日(8:30～17:30) 電話番号 0875-23-6388

(2) 行政機関その他苦情受付機関

観音寺市 高齢介護課	所在地 観音寺市坂本町1丁目1番1号 電話番号 0875-23-3968 受付時間 月曜日～金曜日(8:30～17:15)
三豊市 介護保険課	所在地 三豊市高瀬町下勝間2373番地1 電話番号 0875-73-3017 受付時間 月曜日～金曜日(8:30～17:15)
香川県国民健康保険団体連合会	所在地 高松市福岡町2丁目3番2号 電話番号 0878-22-7431 受付時間 月曜日～金曜日(8:30～17:15)

7. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	結果の開示	<input type="checkbox"/> あり

8. 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。
- ・食べ物の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。

9. 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、居宅介護支援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。

10. 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ます。

11. 非常災害対策

非常災害時の関係機関への通報体制整備し、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。

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、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

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、指定通所介護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 _____

氏名 _____

利用者との続き柄 ()

