

重要事項説明書

地域密着型通所介護

介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業

リハビリ特化型デイサービス

「リハニック 石巻」



重要事項説明書

1. サービスを実施する事業者(法人)の概要

法人名	株式会社ドクターアイズ
代表者名	佐藤 隆士
所在地	北海道札幌市中央区南三条東四丁目 1 番地 20
電話番号	011-219-0188
設立年月日	2010 年 7 月

2. サービス提供を実施する事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所の種類	指定地域密着型通所介護 及び 介護予防・日常生活支援総合事業 第 1 号通所事業
事業所名	リハビリ特化型デイサービス「リハニック 石巻」
所在地	宮城県石巻市双葉町8-37 ハイツ千石1F
電話番号	0225-25-6460
FAX 番号	0225-25-6461
開設年月日	平成 25 年 9 月 16 日
事業所番号	0470202482
管理者名	真籠 紀良 (まごめ のりよし)
利用定員	1 単位 18 人 指定地域密着型通所介護定員 及び 介護予防・日常生活支援総合事業 第 1 号通所事業定員を含む

(2) 事業所の職員体制

管理者 1 人

従業者

	1 単位目	2 単位目
生活相談員	1 人以上	1 人以上
介護職員	1.6 人以上 (常勤換算方法)	1.6 人以上 (常勤換算方法)
機能訓練指導員	1 人以上	1 人以上
看護職員	1 人以上	1 人以上

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	石巻市 (旧石巻市のみ、離島を含まず)
---------	---------------------

(4) 営業日

営業日	営業時間	サービス提供時間
月曜日～金曜日	8 時 15 分～17 時 15 分	9 時 00 分～12 時 05 分 13 時 30 分～16 時 35 分

3. 事業所の特色等

(1) 事業所の目的

機能訓練（リハビリ）に特化した活動プログラムにより、介護度の軽減や日常生活動作の向上を図り、健康感を高めます。さらにコミュニケーションの場として、いきいきとした生活をもたらすことを目的とします。

(2) 当事業所の運営方針

1. ご契約者様に外出の機会を提供して社会的孤立感の解消を図ります。
2. ご家族の介護負担の軽減を図ります。
3. 機能訓練や日常生活訓練を重視し、個別の機能訓練プログラムを作成します。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。
ご利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画、介護予防サービス計画書、介護予防ケアマネジメントに沿い、事業所とご契約者様で協議したうえで通所介護計画に定めます。

<サービスの概要>

【共通的服务】

- ・ 生活指導（相談援助等）
- ・ 機能訓練（日常動作訓練）
- ・ 介護サービス
- ・ 健康状態の確認
- ・ 送迎サービス（ご契約者様のご希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。）
- ・ その他利用者に対する便宜の提供

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、法定代理受領サービスであるときは、費用基準額から事業者を支払われるサービス費の額を控除して得た額となります。

【加算対象サービス】

- ・ 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ、Ⅱ
ご契約者様の心身等の状況に応じて日常生活動作の改善を目的とした個別計画を作成し、可能な限り自立して暮らし続けられるように訓練を実施します。
個別機能訓練計画等の情報を厚生労働省に提出（LIFEを活用）し、機能訓練の質の管理を行い、サービス実施のために必要な情報を活用致します。

- 口腔機能向上加算Ⅱ
「口腔清潔」「唾液分泌」「咀嚼」「嚥下」「食事摂取」などの口腔機能の低下予防及び、口腔機能向上を目的とした指導、咀嚼訓練などの訓練を行います。
口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出（LIFE を活用）し、機能訓練の質の管理を行い、サービス実施のために必要な情報を活用致します。
- 介護職員等処遇改善加算Ⅱ
これまでの「介護職員処遇改善加算」「介護職員特定処遇改善加算」「介護職員等ベースアップ等支援加算」が統合された加算となります。
上記3つの加算が踏襲され、主に介護職員の処遇改善、人材確保や適切なサービス維持の為に必要な費用となります。
- 科学的介護推進加算
「LIFE」科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし、サービスの質の向上を図る費用となります。

<介護予防通所介護相当サービス 利用料金・月額（参考）>

● 口腔機能訓練なしの場合（歯科診療での摂食機能療法算定や他のデイで同加算を算定済み等を含む場合）

	要支援 1・事業対象者	要支援 2・事業対象者
基本料金	1,798	3,621
科学的介護推進体制加算	40	40
介護職員等処遇改善加算Ⅱ（※1）	上記合計の 9.0%	
利用合計料金	1 割負担の方	2,003 円
	2 割負担の方	4,006 円
	3 割負担の方	6,009 円
		11,970 円

● 口腔機能訓練ありの場合（月 1 回まで）

	要支援 1・事業対象者	要支援 2・事業対象者
基本料金	1,798	3,621
口腔機能向上加算Ⅱ	160	160
科学的介護推進体制加算	40	40
介護職員等処遇改善加算Ⅱ（※1）	上記合計の 9.0%	
利用合計料金	1 割負担の方	2,178 円
	2 割負担の方	4,356 円
	3 割負担の方	6,534 円
		12,495 円

（※1） 処遇改善加算はご利用された総額に加算されますので、上記金額は目安となります。

- ☆ 料金表は、要支援認定者または事業対象者の 1 ヶ月あたりの利用料をわかりやすく表にしたものです。
- ☆ 介護予防通所介護相当サービスをご利用される方は「自治体が独自に設定した基準」となるため、市町村によって単価や運用ルールが異なります。
- ☆ ご契約者様がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、介護予防サービス計画書、介護予防ケアマネジメントが作成されていない場合も償還払いとなります。
- ☆ 償還払いとなる場合、ご契約者様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス内容を記載した領収書」を交付いたします。
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者様の負担額を変更いたします。

<地域密着型通所介護 利用料金・1回あたり（参考）>

●口腔機能訓練なしの場合（歯科診療での摂食機能療法算定や他のデイで同加算を算定済み等を含む場合）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金	416	478	540	600	663
個別機能訓練加算Ⅰ（口）	76	76	76	76	76
介護職員等処遇改善加算Ⅱ（※1）	上記合計の9.0%				
利用合計料金（1回あたり） 1割負担の方	536円	604円	671円	737円	806円
2割負担の方	1,072円	1,208円	1,342円	1,474円	1,612円
3割負担の方	1,608円	1,812円	2,013円	2,211円	2,418円
個別機能訓練加算Ⅱ（ひと月あたり（※2））	20円（1割）	40円（2割）	60円（3割）	/ 月	
科学的介護推進加算（ひと月あたり（※2））	40円（1割）	80円（2割）	120円（3割）	/ 月	

●口腔機能訓練あり、1回利用の場合（月2回まで可）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金	416	478	540	600	663
個別機能訓練加算Ⅰ（口）	76	76	76	76	76
口腔機能向上加算	160	160	160	160	160
介護職員等処遇改善加算Ⅱ（※1）	上記合計の9.0%				
利用合計料金（1回あたり） 1割負担の方	711円	778円	846円	911円	980円
2割負担の方	1,422円	1,556円	1,692円	1,822円	1,960円
3割負担の方	2,133円	2,334円	2,538円	2,733円	2,940円
個別機能訓練加算Ⅱ（ひと月あたり（※2））	20円（1割）	40円（2割）	60円（3割）	/ 月	
科学的介護推進加算（ひと月あたり（※2））	40円（1割）	80円（2割）	120円（3割）	/ 月	

（※1）処遇改善加算はご利用された総額に加算されますので、上記金額は目安となります。

（※2）「個別機能訓練加算Ⅱ」「科学的介護推進加算」は回数ごとではなくひと月あたりの加算です。

- ☆ 料金表は、要介護認定者の1回あたりのおおよその利用料をわかりやすく表にしたものです。
- ☆ 要介護認定者は月のご利用回数等の計算により1ヶ月分の利用料を計算いたします。
- ☆ ご契約者様がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「提供証明書」を交付いたします。
- ☆ 介護保険からの給付に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者様の負担額を変更いたします。

(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、利用料金の全額がご契約者様の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① レクリエーション

事業所の企画でレクリエーションを実施する場合があります。その場合はご契約者様のご希望や心身の状態を考慮し、提案させていただきます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

② 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、ご契約者様の日常生活に要する費用で、ご契約者様に負担いただく事が適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

(3) 利用料金のお支払方法

前記 (1)、(2) の料金・費用は、1ヶ月毎に計算し、当月の最終通所日以降にご請求します。利用料金のお支払いは原則口座引き落としとなりますが、口座引き落とし手続きが完了するまでの間は、翌月 15 日までに支払ってください。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

(4) 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、ご契約者様の都合により、サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加する事が出来ます。この場合にはサービスの実施日の前日までに担当ケアマネージャー及び事業者へ申し出てください。サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者様のご希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者様にご提示して協議します。また、ご契約者様の都合による欠席が 2ヶ月間に及ぶ場合は、事業所の稼働状況により、他の利用可能日時へ変更する場合があります。ご契約者様の都合による欠席が 3ヶ月に及ぶ場合は、契約解除の対象となりますので、ご了承ください。

5. 指定地域密着型通所介護における運営推進会議について

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヶ月に1回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

6. 苦情の受付について

(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用窓口で受け付けます。

◎苦情受付窓口（担当者）

管 理 者：真籠 紀良

電話番号：0225-25-6460 FAX 番号：0225-25-6461

受付時間：毎週月曜日～金曜日、祝日（12月31日から1月3日は除く）

8：15 ～17：15

苦情は、直接お電話・FAX・書面にて受け付けます。

◎ 石巻市 介護福祉課

電話番号：0225-95-1111 FAX 番号：0225-92-5791

◎宮城県国民健康保険団体連合会 介護福祉課

電話番号：022-222-7700 FAX 番号：022-222-7260

7. 緊急時及び非常災害対策

(1) 緊急時における対応方法

当事業所における介護サービス実施中に、ご契約者様の身体に急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに管理者及び主治医に報告し、その指示に従って適切に対応致します。

(2) 非常災害対策

当事業所は常に災害事故防止とご契約者様の安全確保に努めます。

- ・ 当事業所は防火管理者を選任し、定期的に消防用設備、救出用設備等を点検致します。
- ・ 当事業所は非常災害に関する具体的計画をたて、計画に基づき、毎年 2 回以上、避難及び救出その他必要な訓練を行います。

8. 事故発生時の対応

(1) 当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに市町村及び利用者の家族等に連絡するとともに、顛末記録、再発防止対策に努めその対応について協議します。

(2) 当事業所は、重大事故等が発生した場合には、直ちに所定の「事故等発生状況報告書」の書式により、関係者の状況、事故等の内容、対応等を記録し、監督官庁に報告をします。

(3) 当事業所は、利用者に対するサービス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することとします。ただし、事業者及び従業者の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

9, 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

10, 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- (1) 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (2) 当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。
- (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (4) 事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。役職：管理者 氏名：真籠 紀良

11, 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

12, 衛生管理等

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 介護員等の清潔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。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- (4) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (5) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。

13, 第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

14, 法定代理受領サービスに関する同意

ご契約者様は、当事業所が提供する介護サービスについて、介護保険法に基づき、事業者がご契約者様に代わって介護保険の保険給付（居宅介護サービス費、通所型サービス費）の支払いを受けることに同意いただきます。

15, 送迎に関する同意

- (1) 送迎は原則として、玄関先までのお迎え、お送りをいたします。
- (2) 送迎時間につきましては、交通事情等で、遅れる場合がございます。到着予定時刻より大幅に遅れる場合は、事業所より電話連絡をいたします。
- (3) ご契約者様の体調不良等を除き、準備等が出来ていない場合、他のご利用者様にご迷惑をおかけしてしまいますので長時間待機することはできません。ご契約者様、ご家族様のご協力をお願いいたします。
- (4) 送迎中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願い致します。
- (5) 送迎中は、やむを得ず急停止する場合がございます。ご理解、ご了承をお願い致します。

西暦 年 月 日

指定地域密着型通所介護 または
介護予防・日常生活支援総合事業 第1通所事業
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。

事業者

事業者名 株式会社ドクターアイズ
住所 北海道札幌市中央区南三条東四丁目1番地20
代表取締役 佐藤 隆士 印

事業所

施設名 リハビリ特化型デイサービス リハニック 石巻
住所 宮城県石巻市双葉町8-37 ハイツ千石1F
説明者 印

私は、本書面に基づいて、事業者からの重要事項説明を受け、
指定地域密着型通所介護 または
介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業
の提供開始に同意しました。

西暦 年 月 日

利用者

住所

氏名

印

