「指定通所介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（指定　第２８７３０１３６７２号）

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※　当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

１．事業者
２．事業所の概要
３．職員の配置状況
４．事業所が提供するサービスと利用料金
５．秘密保持と個人情報の保護について
６．緊急時の対応方法について
７．苦情の受付について
８．事故発生時の対応について

社会福祉法人　　平成会
指定通所介護事業所　リハビリデイ芦風荘
尾浜事業所

１．事業者

（１）法人名　　社会福祉法人　平成会

（２）法人所在地　　兵庫県尼崎市西長洲町三丁目３番２０号

（３）電話番号　　０６－６４８３－５５１０

（４）代表者名　　理事長　　南　正道

２．事業所の概要

（１）事業所の種類　　指定通所介護事業所　令和　４年１２月　１日指定
第　２８７３０１３６７２号

（２）事業所の目的　　指定通所介護は、介護保険法令に従い、利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、通所介護サービスを提供します。

（３）事業所の名称　　リハビリデイ芦風荘　尾浜事業所

（４）事業所の所在地　　尼崎市尾浜町 2 丁目 20 番 17 号フラクタス尾浜 1 階

（５）電話番号　　０６―４９５０―６４８２

（６）事業所長（管理者）氏名　　佐々木　英雄

（７）事業所の運営方針

この事業は、利用者が要介護状態等になった場合において、心身の特性を踏まえて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送ることができるよう、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相談を行う。

（８）開設（サービス開始）年月　　令和 4 年 12 月　1 日

（９）通常の事業実施地域　　尼崎市全域

(10) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日 ～ 日曜日
営業時間	午前　８時３０分 ～ 午後０５時３０分
サービス提供時間	午前　９時００分 ～ 午後００時１５分まで 午後　１時１５分 ～ 午後０４時３０分まで
休業日	１２月３１日 ～ １月３日まで

（11）利用定員　　２５人

３．　職員の配置状況

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

（1）　職員の配置

職種	常勤	非常勤	兼務
管理者	１名		１名
生活相談員	３名	名	３名
介護職員	３名	２名	３名
看護職員	名	３名	１名
機能訓練指導員	１名	１名	１名

（2）　職員の勤務体制

職種	勤務体制
管理者	日勤（８：３０　～　１７：３０）
生活相談員	日勤（８：３０　～　１７：３０）
介護職員	日勤（８：３０　～　１７：３０）
看護職員	日勤（８：３０　～　１７：３０）
機能訓練指導員	日勤（８：３０　～　１７：３０）

４．当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）通所介護サービスの概要

介護保険給付サービス

種類	内容
入浴	・　入浴又は清拭を行います。
排泄	・　利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	・　機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。
相談及び援助	・　利用者およびその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 （相談窓口）生活相談員、介護支援専門員
送迎	・　当事業所へご自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で送迎を行います。

（2） 利用料金

法定給付

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。

区分		要介護度	単位	利用料（介護報酬）	保険請求額【９割】	利用者負担額【１割】	保険請求額【8 割】	利用者負担額【2 割】	保険請求額【7 割】	利用者負担額【3 割】
通常規模型通所介護	3時間　以上 4時間　未満	要介護１	370	3,866	3,479	387	3,092	774	2,706	1,160
		要介護２	423	4,420	3,978	442	3,536	884	3,094	1,326
		要介護３	479	5,005	4,504	501	4,004	1,001	3,503	1,502
		要介護４	533	5,569	5,012	557	4,455	1,114	3,898	1,671
		要介護５	588	6,144	5,529	615	4,915	1,229	4,300	1,844

○加算等

加算名称	単位	利用料（介護報酬総額）	保険請求額【9 割】	利用者負担額【1 割】	保険請求額【８割】	利用者負担額【2 割】	保険請求額【7 割】	利用者負担【3 割】
入浴介助加算Ⅰ	40	418	376	42	334	84	292	126
入浴介助加算Ⅱ	55	574	516	58	459	115	401	173
中重度者ケア体制加算	45	470	423	47	376	94	329	141
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	585	526	59	468	117	409	176
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76	794	714	80	635	159	555	239
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	209	188	21	167	42	146	63
加算名称	単位	利用料（介護報酬総額）	保険請求額【９割】	利用者負担額【1 割】	保険請求額【８割】	利用者負担額【2 割】	保険請求額【7 割】	利用者負担額【3 割】
認知症加算	60	627	564	63	501	126	438	189
生活機能向上連携加算Ⅰ	100	1,045	940	105	836	209	731	314
生活機能向上連携加算Ⅱ	200	2,090	1,881	209	1,672	418	1,463	627
ADL 維持等加算（Ⅰ）	30	313	281	32	250	63	219	94
ADL 維持等加算（Ⅱ）	60	627	564	63	501	126	488	189
科学的介護推進体制加算	40	418	376	42	334	84	292	126
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	209	188	21	167	42	146	63
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	52	46	6	41	11	36	16

栄養アセスメント加算	50	**522**	469	**53**	417	**105**	365	**157**
栄養改善加算	200	**2,090**	1,881	**209**	1,672	**418**	1,463	**627**
口腔機能向上加算Ⅰ	150	**1,567**	1,410	**157**	1,253	**314**	1,096	**471**
口腔機能向上加算Ⅱ	160	**1,672**	1,504	**168**	1,337	**335**	1,170	**502**
送迎を行わない場合の減算	-47	**-492**	-443	**-49**	-394	**-98**	-345	**-147**
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	**229**	206	**23**	183	**46**	160	**69**
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	**188**	169	**19**	150	**38**	131	**57**
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	**62**	55	**7**	49	**13**	43	**19**

名称	加算・減算割合
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ	**所定単位数の 11.1%を加算**
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	**所定単位数の 12.0%を加算**
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	**所定単位数の 10.9%を加算**
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	**所定単位数の 11.8%を加算**
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	**所定単位数の 9.9%を加算**
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	**所定単位数の 8.3%を加算**

新型コロナウイルス感染症への対応するための特例的な評価

所定単位数の 0.1%を加算

感染症又は災害で臨時的に利用者数が一定数の減少が生じた際の特例措置

所定の単位数の 3.0%加算

※所定単位数・・・基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数です。

上記費用については、利用状況及び、体制状況の変更によりご負担頂く場合があります。

法定外給付

① 給茶機の使用代１日（飲用制限は設けず） １００円

② その他（利用者の飲食の費用等） 実費

③ 教養娯楽費（クラブ費等） 実費

④ 通常区域外への送迎 実費

事業所から片道概ね２ｋｍ～ ５ｋｍ未満 ２００円

事業所から片道概ね５ｋｍ～ １０ｋｍ未満 ４００円

事業所から片道概ね１０ｋｍ～１５ｋｍ未満 ６００円

事業所から片道１５ｋｍ以上の場合は、片道５ｋｍ毎に２００円加算

（3）サービス提供記録の閲覧・交付

利用者は、サービス提供記録を閲覧し、複写物の交付を受けることができます。

但し、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。１枚につき１０円

（４）利用料金のお支払い方法

お支払い方法は、サービス利用月分（１ヶ月分）をまとめて請求させていただきサービス利用翌月２０日までに請求書を発行（請求書発送）し、利用者の指定金融機関から自動引き落とし（毎月２６日（土・日曜・祝日の場合は翌営業日））をさせていただきます。
自動引き落としするために、預金口座振込依頼書にご記入願います。
自動引き落としを確認しましたら、領収書を発行いたします。

（５）利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、利用者の都合により、通所介護サービス利用を中止又は変更、もしくは新たな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の
実施日の前日まで事業者に申し出てください。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額

５．秘密の保持と個人情報の保護について

（１）利用者及びそのご家族に関する秘密の保持について

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

（２） 個人情報の保護について

事業者はあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、ご利用者のご家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議でご利用者のご家族の個人情報を用いません。

6．緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医に連絡するとともに、あらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

主治医	利用者の主治医 所属医療機関名称 所在地・電話番号	
家族等	緊急連絡先の家族等 住所 電話番号	

7．苦情の受付について

苦情又は相談があった場合は、利用者の状態を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。受付担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

（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用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

副センター長　　尾場瀬　由佳

電　　話　　０６－４９５０－６４８２

○受付時間　　毎週 月曜日 ～ 日曜日

８：３０～１７：３０（ 不在の場合、サービス担当者が対応 ）

○苦情解決責任者　　センター長　　佐々木　英雄

○第三者委員

山本　紀子　(06) [redacted]　芦風荘（06）4868-3966

小西　順子　(06) [redacted]　芦風荘（06）4868-3966

中村　恵子　(06) [redacted]　芦風荘（06）4868-3966

※ホームページ上では、個人情報保護の観点から第三者委員の電話番号を掲載しておりません。

※第三者委員への連絡をご希望の方は、芦風荘までお問い合わせください。

（2）行政機関その他苦情相談機関

【市町村の窓口】 尼崎市役所 健康福祉局介護保険事業担当課	所 在 地　兵庫県尼崎市東七松町１－２３－１ 電話番号　０６－６４８９－６１４３ FAX 番号　０６－６４８９－７５０５ 受付時間　月～金曜　午前９時～午後５時
【公的団体の窓口】 兵庫県国民健康保険団体連合会 介護福祉課苦情相談係	所在地　兵庫県神戸市中央区三宮町１－９－１ １８０１号 電話番号　０７８－３３２－５６８２ FAX 番号　０７８－３３２－５６５０ 受付時間　月～金曜　午前９時～午後５時

８．事故発生時の対応について

事業者は、サービス提供が原因で事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族、及び居宅支援事業所等に対し連絡を行うなど必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った通所介護の提供により、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います。

令和　　年　　月　　日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者
所在地　　兵庫県尼崎市尾浜 2 丁目 20 番 17 号フラクタス尾浜 1 階
法人名　　社会福祉法人　平成会
代表者　　理事長　　南　正道
事業所　　リハビリデイ芦風荘　尾浜事業所
説明者　　所　属
氏　名

私は本書面により、事業者から重要事項の説明を受けました。

契約者　　住　所

氏　名

署名代行者（契約者本人の契約意思を確認し、契約者本人に代わり署名を行いました。）

住　所

氏　名

契約者との続柄（　　）

身元引受人兼連帯保証人
住　所

氏　名

契約者との続柄（　　）