

重要事項説明書

（地域密着通所介護・日常生活支援総合事業（通所型サービス））

1. サービスの内容

- ① 「地域密着通所介護・日常生活支援総合事業サービス」はカラダ元気FUKUMOTOが管理運営する特定の事業所に通って、当該事業所において、生活等に関する相談、助言、健康状態の確認、その他、利用者に必要な日常生活上の介助、ならびに機能回復訓練を行うサービスです。
- ② 事業者は、次の事業所及び日程・従業者によりサービスを提供します。

サービス提供を行う事業所の概要

所在地	神奈川県小田原市久野18-6 カーム・グランデ1F
事業所番号	1492300510
名称	カラダ元気 FUKUMOTO
電話・FAX 番号	0465-31-0346

営業日 月曜日～土曜日

但し 12月30日～1月3日までを除く。

営業時間 午前8時30分～午後5時30分

サービス提供日・時間：午前・午後共に3時間10分

曜日	サービス提供時間(単位数)		内容(概要)
月	午前(1単位) 8:50～12:00 定員 18名	午後(2単位) 13:50～17:00 定員 18名	バイタルサインの測定 疼痛緩和等 物理療法等 機能回復訓練(リハビリ) クールダウン レクリエーション
火			
水			
木			
金			
土			

従業者の勤務体制

職務	人数	職務内容
管理者	1名	事業所の管理、運営計画を行います。
生活相談員	1名以上	利用者の相談や利用計画、プログラム等の調整を行います。
看護職員	1名以上	利用者の健康管理、日常生活動作等の指導・助言等を行います。
機能訓練指導員	2名以上	利用者の機能回復訓練の指導・助言、日女生活動作訓練を行います。
介護職員	3名以上	利用者の動作訓練の支援を行います。

2. サービス提供の記録等

1. サービス提供した際には、「個別記録書」や「業務日誌」等の書面に必要事項を記入し、どんなサービスやプログラムを提供したかを書面に記録し、健康状態等も記録したりします。
2. 一定毎に「(通所介護計画書)その他の記録書」を作成、または見直しをして利用者に説明し同意の上交付し、その「通所介護計画書」に沿ってサービス提供致します。
- 3 前記記録書または、その他の記録をサービス提供終了後 5 年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は自費負担によりその写しを交付します。

3. サービス提供に関する苦情、相談等

サービス提供に関する苦情・相談の窓口は、次の通りです。サービスについてご相談やご不満がある場合にはどんな事でもお寄せ下さい。

当事業所お客様相談窓口	電話番号	0465-31-0346
	FAX 番号	0465-31-0346
	相談員(管理者)	原 明永
	対応時間	9:00～17:00
当社お客様相談窓口	電話番号	0465-49-1300
	FAX 番号	0465-49-1300
	責任者(福元鍼灸整骨院院長) 福元 宗幸	
	対応時間	9:00～18:00

・ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

小田原市高齢介護課	所在地	神奈川県小田原市荻窪 300
	電話番号	0465-33-1827
	対応時間	8:30～17:15
神奈川県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地	横浜市西区楠木町 27-1
	電話番号	045-329-3447
	利用時間	9:00～17:00

4. 事故発生時の対応

利用者本人への対応	家族への対応	当法人側への対応
・病状把握 ・居宅介護支援事業者 へ連絡	・責任者が家族へ連絡し状況 報告する	・事故発生を上司へ伝えます
・救急手当等必要な 処置をとる		・事故報告書をできるだけ早く 記入し、提出する
・必要ならば医療機関 へ転送		

※事故報告は、市町村に報告することになっています。

※サービスの提供により賠償すべき事故である場合は損害賠償を速やかに行います。

5.利用者負担金

1. ご利用者様の自己負担金は、次表の通りです。

地域密着通所介護(通常規模通所介護:3時間以上4時間未満)

通所介護 (1日あたり)

地域単価:10.45 円

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料単位数	416 単位	478 単位	540 単位	600 単位	663 単位
個別機能訓練加算(Ⅰ)口	76 単位				
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)口	一月の利用料金の 12.5%/月				
自己負担額の合計金額	1割	573 円	646 円	720 円	790 円
	2割	1,147 円	1,293 円	1,440 円	1,580 円
	3割	1,721 円	1,940 円	2,160 円	2,592 円

一日の利用料 _____ 円 × 一ヶ月の利用回数 _____ 回 = 一ヶ月の利用料 _____ 円

通所型サービス

地域単価:10.45 円

	要支援1	要支援2
利用料単位数	436 単位	447 単位
1 月あたりの上限	1798 単位(5 回以上利用)	3621 単位(9 回以上利用)
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)口	一月の利用料金の 12.5%/月	
自己負担額 1 日あたり	1割	512 円
	2割	1,025 円
	3割	1,537 円
1 月あたりの上限 要支援1:5 回以上 要支援2:9 回以上	1割	2,113 円
	2割	4,227 円
	3割	6,341 円

一日の利用料 _____ 円 × 一ヶ月の利用回数 _____ 回 = 一ヶ月の利用料 _____ 円

また職員体制やご利用者様の体調等の都合によっては上記加算の一部が算定できない日もございます。詳細についてはお渡しする請求明細書でご確認いただけますのでご不明な点等がございましたらいつでもお気軽にお尋ねください。

- この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。
- 介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります。介護保険以外となる場合には居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明の上、利用者同意を得る事になります。
- 利用者負担金は、一月毎にお支払い頂きます。
月末締めで翌月第一週のご利用日に請求書をお渡し致しますので、お渡しした当月内にお収めくださいますよう、よろしくお願いいたします。
なお、お支払いの方法は下記からお選び下さい。

支払い方法	ゆうちょ銀行 ・ さがみ信用金庫 ・ 現金
-------	-----------------------

6.サービスの利用に関する留意事項

(1)ご利用の際にご準備いただきたいもの

・内履き・タオル・初回にお渡しする連絡帳・頓服薬・着替えが必要な場合は衣服。

※お履物、お預かりできます。(袋等に入れてお持ちください。)

※現金、貴重品の持ち込みは集金時以外、ご遠慮下さい。

盗難・紛失等の場合、当事業所では責任を負いかねます。

(2)送迎について

①ご利用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ないます。

②基本的に契約時に協議の上で決まった場所までの送迎サービスとなり、原則として玄関までの送迎となります。

③利用者様の状況、状態により改めて調整が必要な送迎サービスについては、利用者様、ケアマネージャー、当事業所で協議の上、決定致しますが、ご自宅、事業所間の送迎サービスが基本となります。

④ご利用者様のご希望により、送迎途中で何か用事を済ませることはご遠慮下さい。

上記は原則として不可ですが、ご利用者様の強い要望によって降ろした場合その後のトラブル等、一切の責任を負いかねますのでご了承下さい。

※送迎時の取り決め事項

お迎えの時間及び場所	契約年月日
当事業所 ⇄ ご自宅玄関	
お迎え 時 分 ～ 分頃 (目安)	R 年 月 日

※業務上の都合により時間等は変更していただく場合がございますのであらかじめご承知おきください。

(3)施設・設備等の使用上の注意

①施設、設備、敷地をその本来の用途にしたがって利用してください。

②職員、他利用者様に対し、迷惑を及ぼすような行動、言動、宗教活動、政治活動
営利活動を行う事はご遠慮下さい。

③当事業所ではお食事、おやつ等の提供は行なっておりません。利用者間での受け渡し、持込による事故・問題等は当事業所では責任を負いかねますのでご遠慮いただきますようお願い申し上げます。

お飲み物に関しましてはご自由にお持ちいただけますが、アルコール類の持ち込みはご遠慮ください。

なお、お持ちいただいた飲食物に関しましては当事業所では一切の責任を負いかねますのでご了承ください。

(4)利用回数について(通所型サービス利用者について)

当事業所では要支援1の方は1回/週、要支援2の方は2回/週となっております。

また事業対象者の方は直近の介護度での利用回数の制限がございます。

送迎等の都合によりご利用日はご希望に副えない場合がございます。

ご利用日の振替は随時承っております、ご利用になりたい日の前日までにご相談ください。(定員や送迎の都合によりご希望に副えない場合もございます。ご承知ください。)

7.緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変などが生じた場合は、事前の打合せに基づき、**4の事故発生時の対応**に準じ、下記の表のご家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

(病院・医療機関等)	主治医等の氏名： 連絡先：
(ご家族緊急連絡先)	氏名： 様 続柄： 連絡先：

8.通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は神奈川県小田原市の一部とします。

実施地域一覧

入生田 風祭 板橋 早川 十字 南町 本町 谷津 中町 東町 扇町 城山 浜町
荻窪 久野 足柄 芦子 穴部 清水新田 蓮正寺 寿町 飯泉 成田 栢山 富水

9.秘密保持の厳守

- ① 事業者、及び事業者の使用する従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその子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。この守秘義務は、従業者の雇用契約終了後も同様といたします。
- ② 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業、各関係機関等に対し、利用者の個人情報を提供いたしません。

10.非常災害対策

非常災害に対し利用者の状況に応じた具体的計画をたてておき、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。本事業所主催の訓練の際には地域住民の協力を要請するとともに、地域で開催される防災訓練への積極的な参加に努めます

11.衛生管理対策

事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備等について「感染症対策マニュアル」等を作成し、衛生的な管理に努めます。研修等において「感染症対策マニュアル」等を周知徹底し、感染症の発生又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、従業者については、適宜に健康診断等を実施します。

12.職員研修

事業者は、従事者の質的向上を図るため、以下の職員研修機会を提供し、業務体制を整備します。

- (1). 採用時研修 採用後3か月以内
- (2). 継続研修 年1回以上
- (3). 法定研修 社内スケジュールにより開催

13.当法人の概要

法人の名称	株式会社メディカルサポートFUKUMOTO
代表者名	福元 宗幸
所在地・電話	神奈川県小田原市南鴨宮 3-12-10／0465-49-1300
業務の概要	指定居宅通所介護・日常生活支援総合事業 鍼灸整骨院、訪問鍼灸・リハビリ・マッサージ、美容・エステ

重要事項について説明をし、文書の交付をしました。

説明日： 令和 年 月 日

法人：株式会社メディカルサポートFUKUMOTO

代表者：代表取締役：福元 宗幸

事業所：カラダ元気FUKUMOTO

説明者氏名： 管理者 原 明永

重要事項について説明を受け内容に同意し、交付を受けました。

ご住所： _____

氏名： _____ ⑩

代理人（代理人を選出した場合）：

ご住所： _____

氏名： _____ ⑩

続柄： _____