

「通所介護、国基準通所型サービス」はリハビリセンター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世話、ならびに機能回復訓練を行うサービスです。

事業者は、次の事業所及び日程・従業員によりサービスを提供します。

サービス提供にあたっては、別添の「通所介護計画書」「通所型サービス計画書」に沿って、サービス提供致します。

1 サービスの内容

(1). サービス提供を行う事業所の概要

所在地	神奈川県小田原市西酒匂 3-6-18
事業所番号	1472301975
名称	リハビリセンターFUKUMOTO
電話・FAX 番号	0465-49-1378

(2). 営業日 月曜日～土曜日

但し、12月30日～1月3日までを除く。

(3). 営業時間 午前8時30分～午後17時30分

(4). 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 22名	午後(2単位) 13:50～17:00 定員 22名	バイタルサインの測定 準備運動(小集団) 集団リハビリ(自由参加) 機能回復訓練(個別対応) 風船バレーその他(日による) 休憩(ティータイム)
火			
水			
木			
金			
土			

(5). 従業員の勤務体制

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、日常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、あらかじめ定めた「通所介護計画書」「通所型サービス計画書」や「業務日誌」等の書面に必要事項を記入して、利用者に対し、どんなサービス提供やプログラムを行ったかを書面に記録し、また、健康状態等も記録したりします。
- (2). 事業者は、一定期毎に「通所介護計画書」「通所型サービス計画書」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「通所介護計画書等」に沿ってサービス提供致します。
- (3). 事業者は、前記「通所介護計画書」「通所型サービス計画書」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。

- ・相談窓口、苦情対応

当事業所お客様相談窓口	電話番号	0465-49-1378
	FAX 番号	0465-49-1378
	相談員	根本 光
	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	9:00～17:00

- ・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
	FAX 番号	0465-33-1838
	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	8:30～17:15

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、場合によっては市町村へ提出する
・必要ならば医療機関へ転送		

- (1). 事故報告は、ケース(範囲)によっては市町村に報告することになっています。
- (2). 通所介護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。
- (3). 当事業所では食事や茶菓子等の提供は行っておりませんが、他の利用者間同士で茶菓子等の受け渡しがあります。特に制限はありませんが、誤飲による窒息やムセでの事故には、誠意を持って対応致しますが、当事業所では責任は負いかねます。自己責任により行なって下さい。

5 利用者負担金

(1). 利用者の方にお支払い頂く利用者負担金は、次表の通りです。

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	
自己負担額	370 単位	423 単位	479単位	533 単位	588 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 11.8%/月					
自己負担額の合計金額	1割	521 円	583円	647円	711 円	775 円
	2割	1,042 円	1,166 円	1,295 円	1,423 円	1,550 円
	3割	1,564 円	1,749 円	1,943 円	2,134 円	2,325 円
口腔機能向上加算(任意)	156 円(月 2 回まで)					
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
自己負担額		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 11.8%/月	
自己負担額 1 日あたり	1割	509 円	522 円
	2割	1,018 円	1,044 円
	3割	1,528 円	1,566 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	2,100 円	4,230 円
	2割	4,201 円	8,460 円
	3割	6,301 円	12,691 円
口腔機能向上加算(任意)		156 円/月	
一日の利用料	円×一ヶ月の利用回数	回+加算分	円＝一ヶ月の利用料 円

※ 介護保険更新時に介護度の変更等がありましたら、上記の表に準じて利用者自己負担金額が変わりますのでご了承下さい。また、従業員の勤務体制によって機能訓練加算等の加算費用が一部変更になる場合もございます。ご了承下さい。その都度、ご連絡させていただきます。

- (2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。(※または介護保険の法定利用料の範囲内で当社が設定した金額です。)
- (3) 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。(介護保険以外のサービスとなる場合には、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。)
- (4) ご家族の希望によりやむをえず定時を延長する場合は延長料金を頂く形となります。
- (5) 利用者負担金は、ひと月毎に現金もしくはゆうちょ銀行での引き落としにてお支払い頂きます。月末締めで翌月の第一週の利用日に請求書をお渡し致しますので、現金の方は請求書をお渡した日の次の来所時にご持参下さい。また、引き落としの方は、引き落とし開始月の引き落とし日(15日)の一ヶ月前までに、申込用紙を当事業所指定の郵便局へお届けしなければなりませんので、引き落としご希望の方は申込用紙を用意致しますので、必要事項にご記入頂き、こちらの方で郵便局へお届けしますので、何なりとお申し付け下さい。宜しくお願い致します。

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

(6) 次に掲げる経費については、自費相当分をご負担頂きます。

- ① おむつ代(こちらで用意した場合のみ自費を頂きます。)
- ② 特別な経費のかかるレクリエーションに参加された場合、事前に利用者に説明した上で、ご負担頂く事があります。
- ③ 利用者の希望によって提供する日用品費、教養娯楽費及び利用者の嗜好にかかる経費等。

6 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。

7 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。

8 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 社内スゲジュールにより開催

9 守秘義務及び秘密の保持

事業者及び従業者は、業務上知りえた利用者及び家族の情報を漏らしません。また、退職後においてもこれらの情報を保守すべき旨に従業者との雇用契約の内容としています。但し、円滑にサービスを提供するために介護支援専門員(計画作成担当者)及び主治医・保険者には、書面(別紙「個人情報使用同意書」)により同意を得た上で、サービスを提供するために必要な個人情報を提供します。

10 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： 続柄：連絡先：
(居宅介護支援事業所等)	(ケアマネージャー) 連絡先： 事業所名：氏名：

サービス契約に当たり以上の通り説明いたします。

(事業所) 所在地 神奈川県小田原市西酒匂 3-6-18
事業所番号 1472301975
事業所名 リハビリセンターFUKUMOTO
管理者 根本 光

11 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・指定居宅介護予防通所介護の事業 鍼灸整骨院 訪問鍼灸・リハビリ・マッサージ 健康指向美容・エステ

重要事項について説明し、交付しました。

説明者

説明を受け内容を同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

署名 (印)

<重要事項説明書付属文書>

1. 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頂きたい物

① 持ち物

- ・内履き・ タオル 1 枚 ・利用中に必要なお薬がある場合はお薬
- ・着替えが必要になる恐れがある場合は衣服

※ 現金、貴重品の持込みは集金時以外は持ち込みはご遠慮下さい。

(2) 送迎について

- ① ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
- ② 契約時に協議のうえ決まった場所までの送迎サービスが基本となります。原則として玄関の上がり框を上がるまでとしています。
- 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、当事業所で協議のうえ決定致しますが、ご自宅と事業所間の送迎サービスが基本となります。
- ④ 利用者様の希望により、送迎途中で何か用事を済ませる事は、ご遠慮下さい。

事例Ⅰ：「送迎途中で降ろしてもらって、用事が済むまで待ってて。」×

事例Ⅱ：「今日は、買い物(病院)にいきたいので〇〇で降ろして。」

原則として×だが、もし、強い要望で降ろした際に何かトラブルが発生しても責任は負いかねます。

送迎時の取り決め事項

自宅またはマンション等のどこまでお送りするかを取決めます。	契約年月日
	R 年 月 日
	R 年 月 日

(3) 施設、設備の使用上の注意

- ① 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ② 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼす様な宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- ③ 喫煙は事業所所定の喫煙スペース以外の喫煙はできません。

(4) 利用回数について(通所型サービスの利用者について)

- ① 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。

(5) 送迎の範囲について

通常の事業の実施地域は神奈川県小田原市の一部（酒匂1丁目～7丁目、小八幡1丁目～4丁目、南鴨宮1丁目～3丁目、西酒匂1丁目～3丁目、国府津1丁目～5丁目、田島、前川、中里、矢作、鴨宮、下堀、成田、桑原、別堀、高田、千代、永塚、延清、曾我、上新田、中新田、下新田）とする。