

羽衣リハビリデイサービス 通所介護

重要事項説明書

【令和6年6月1日 現在】

1 通所介護 事業者(法人)の概要

名称・法人種別	株式会社 ベビーリーフ
設立年月日	平成31年2月22日
代表者名	代表取締役 前野 建吾
所在地・連絡先	(住所) 兵庫県西宮市羽衣町2-7 (電話) 0798-22-7677 (FAX) 0798-22-8798
事業内容	通所介護

2 事業者の概要

(1) 事業者名称、事業者番号および概要

事業者名	羽衣リハビリデイサービス
所在地・連絡先	(住所) 兵庫県芦屋市楠町15-7 M3ビル2階 (電話) 0797-35-5550 (FAX) 0797-62-7430
事業者番号	2871001901
開設年月日	令和4年4月1日
サービス提供手順	① 電話相談 ⇒ ② 来所相談 ⇒ ③ 申込 ⇒ ④ 面接 ⇒ ⑤ 通所判定 ⇒ ⑥ 通所決定 ⇒ ⑦ 利用開始
管理者の氏名	辻井 美津子 (生活相談員業務を兼務)
建物の構造	鉄骨造り
述べ床面積	156 m ²
最寄りの公共機関	阪神電鉄 打出駅 徒歩10分
利用定員	第1部 20人 第2部 20人

(2) 事業者の職員及び勤務体制

従業者の 職種	員数		兼務 の別	合計	業務内容
	常勤	非常勤			
管理者	1	0	あり	1	施設の運営管理
看護職員	0	4	あり	4	利用者の保健衛生並びに看護業務
介護職員	4	0	あり	4	利用者の生活全般にわたる介護業務とその家族への介護指導
機能訓練指導員	2	0	あり	2	利用者への機能訓練と訓練指導
生活相談員 (兼任)	(5)	0	あり	(5)	利用者の生活全般にわたる相談並びに指導業務、介護支援専門員との連携・調整
合計	7	4		11	

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	芦屋市(奥池地域を除く)・西宮市・神戸市東灘区
---------	-------------------------

上記地域内でご利用される場合は送迎にかかる交通費は利用料に含まれています。上記地域以外でも利用ご希望の方はご相談ください。(送迎地域を超えた分に関しては1kmあたり50円を徴収します。)

(4) 営業日・営業時間・サービス提供時間

営業日	月曜～土曜(含む祝日)	
営業時間	午前8時30分～午後5時30分	
営業しない日	日曜日・年末年始(12月31日～1月3日)	
サービス提供時間	第1部	午前9時20分～午後12時25分
	第2部	午後1時40分～午後4時45分

3 事業者の特色等

(1) 事業の目的

株式会社ベビーリーフが開設する指定通所介護事業所が行う指定通所介護の事業の適正な運営の確保をするために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員・介護職員または看護職員等の従業者が、在宅の要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため適切な指定通所介護を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

- 1 指定通所介護の提供にあたって、要介護状態の利用者に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営むことができるよう、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援助を行う。
- 2 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

- 3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- 4 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス、福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
- 5 指定通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行う。

4 サービスの内容及び費用

(1) サービス内容

種 類	内 容
通 所 介 護 計 画 の 作 成	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 2 通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3 通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します。 4 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
送 迎	ご自宅と事業所間の送迎を行います。（但し、一戸建ては門の外、集合住宅は集合住宅の玄関まで）。
運 動 機 能 の 向 上	利用者の心身等の状況に応じた訓練計画を作成し、日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を行います。
口 腔 機 能 の 向 上	利用者の口腔機能向上のための計画を作成し、これに基づいたサービスを行います。
健 康 チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相 談 及 び 援 助	利用者とその家族からのご相談に応じます。

(2) 費用

●通所介護 基本サービス利用料

通常規模 3時間以上4時間未満（3級地：1単位当たりの単価10.68円）

区分	単位数	利用料	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	370単位	3,952円	395円	790円	1,185円
要介護2	423単位	4,518円	451円	903円	1,355円
要介護3	479単位	5,116円	511円	1,023円	1,534円
要介護4	533単位	5,692円	569円	1,138円	1,707円
要介護5	588単位	6,280円	628円	1,256円	1,884円

○介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、ご利用者様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

●介護保険給付対象サービス（加算料金）

介護保険制度で定められた要件を満たした上で、利用者の選択により実施し、サービスを提供した場合に、それぞれ利用料に加算されます。

項目	単位	費用	自己負担	備考
個別機能訓練加算Ⅰ 2	76単位	800円	80円	1日につき
若年性認知症利用者受入加算(64歳以下)	60単位	641円	64円	1日につき
口腔機能向上加算	160単位	1,708円	170円	月2回まで
科学的介護推進体制加算	40単位	427円	42円	1月につき
サービス提供体制加算Ⅲ	6単位	64円	6円	1日につき
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数×90/1000		1月につき	

(3) 介護保険給付対象外サービス

ア 支給限度額超過分

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、サービス利用料の全額が自己負担となります。

○自費負担通所費について（介護保険をご利用されない場合）

(ア) 費用 1回4,000円（送迎含む）

(イ) 事業者の通常の事業実施地域外にある利用者居宅から利用者を送迎する場合、送迎地域を超えた分に関して、1kmあたり50円を請求します。

(ウ) おむつ・パッド代 1枚150円

(エ) 利用予定当日のキャンセル（連絡がなくキャンセルされた場合も含む）については、キャンセル料として400円を徴収する。

(オ) その他

サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者に負担していただくことが適当と認めら

れる費用は、利用者の実費負担となります。

●利用料等のお支払方法

毎月末までのご利用料金について、翌月の15日前後にご家族あてに請求書を送付させていただきます。お支払いは「預金口座引落」「振込」いずれかでお願いたします。

(4) その他

事 項	内 容
通所介護の作成及び事後評価	看護職員・機能訓練指導員等の従業者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者および家族の希望を踏まえて通所介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を診療記録に記載して利用者及び家族に説明のうえ交付します。(契約書第4条の4参照)
従 業 員 研 修	年2回

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設利用者 相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ●窓口責任者 辻井 美津子 ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話 0797-35-5550 <li style="padding-left: 2em;">面接(相談室) <li style="padding-left: 2em;">苦情箱(フロアに設置)
その他の 連絡先	<ul style="list-style-type: none"> ●兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 電話 078-332-5617(直通)(8:45～17:15) ●芦屋市福祉部高齢介護課介護保険事業係 電話 0797-38-2024(平日9:00～17:30) ●西宮市法人指導課 電話 0798-35-3045(平日9:00～17:30) ●神戸市福祉局監査指導部 電話 078-322-6326(平日8:45～12:00、13:00～17:30)

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先に連絡します。

7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	なし	防火扉	あり
	避難階段	2個所	屋内消火栓	なし

	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	なし
	誘導灯	あり	防火シャッター	なし
カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。				

8 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者等が交付するサービス利用票を提示してください。
- (2) 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。
- (3) これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- (4) 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (5) 所持金品は、自己の責任で管理してください。施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動、営利活動及び政治活動はご遠慮ください。
- (6) ペットの持ち込みは禁止します。

9 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - (3) その他虐待防止のために必要な措置
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

虐待防止に関する責任者	氏名 辻井 美津子
-------------	-----------

令和 年 月 日

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき利用者に説明を行いました。

説明者氏名 生活相談員 辻井 美津子 ㊞

私は、本書面に基づいて上記職員から重要事項について説明を受け通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者氏名 _____ ㊞

代理人氏名 _____ ㊞

個人情報の利用目的

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

[施設内での利用目的]

- 当施設が利用者等に提供する介護サービス
- 介護保険事務
- 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - ― 入退所等の管理
 - ― 会計・経理
 - ― 事故等の報告
 - ― 当該利用者の介護・医療サービスの向上

[他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ― 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ― 利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ― 検体検査業務の委託その他の業務委託
 - ― 家族等への心身の状況説明
- 介護保険事務のうち
 - ― 保険事務の委託
 - ― 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ― 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

[当施設の内部での利用に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務のうち
 - ― 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ― 当施設において行われる学生の実習への協力
 - ― 当施設において行われる事例研究

[他の事業所等への情報提供に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務のうち
 - ― 外部監査機関への情報提供

【個人情報についての秘密保持厳守誓約】

株式会社ベビーリーフでは運営する事業所間で知り得た情報は漏洩することは致しません。
ご利用者様の個人情報について秘密保持を厳守致します。