

介護予防・日常生活支援総合事業 加古川市介護予防型通所サービス 重要事項説明書

1. 事業所概要

事業所名	有限会社 ANPサービス リハビリステーション マザー
所在地	加古川市加古川町西河原138番地1
指定介護保険事業所番号	2872203191
代表者名	取締役 幸田 知彦
管理者	安達 純子
電話番号	079-427-5363
FAX番号	079-427-5364
ホームページ	http://anpservice.com
Eメールアドレス	anpservice_28622m@nifty.com
サービス提供実施区域	加古川市, (高砂市)
設立年月	平成26年2月1日
その他のサービス	☐ [介護予防] 訪問看護事業 (訪問看護ステーション マザー) ☐ 介護予防型通所サービス・トレーニング型通所サービス (リハビリスタジオ マザー)

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	介護保険法令に従い、ご利用者が可能な限り居宅において、いかなる要支援状態でも、その人が有する能力に応じて、その人らしく日常生活を営むことができるよう、通所介護を通じて心身の機能を維持・向上する手法をご利用者に提供することを目的とする。
運営方針	介護保険法令を遵守すると同時に、その人が在宅でその人らしく暮らすという要求を満たせるよう介護予防・日常生活支援総合事業通所介護サービスを提供します。 関係市町村、地域の保健・福祉・医療及び居宅介護支援事業者と綿密な連携を図ります。 ご利用者の意思及び人権を尊重します。

3. 事業所の職員体制

職種	資格	人員			備考
		常勤	非常勤	計	
管理者	介護福祉士・介護支援専門員	1名	名	1名	生活相談員 兼務
生活相談員	介護福祉士	1名	名	1名	
看護師	看護師				訪問看護ステーションマザーと連携
機能訓練指導員	理学療法士	4名	名	4名	訪問看護ステーションマザー リハビリスタジオオマザー 兼務
	作業療法士	名	名	名	
介護職員	介護福祉士	2名	名	2名	リハビリスタジオオマザー 兼務
事務職員	管理栄養士	1名	名	1名	リハビリスタジオオマザー 兼務

4. 営業内容

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	8：30～17：30
休日	土曜日、日曜日、祝日、12月30日～1月3日
定員	午前15名 午後15名

5. サービス内容

I. サービス提供時間

ご利用日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
ご利用時間	午前 9：00～12：15
	午後13：15～16：30

II. サービス内容

☐送迎

- ・ 自宅からデイサービスまでを車で送迎致します。

☐健康管理

- ・ 病気や障害の状態、血圧・体温・脈拍などのチェック。
- ・ 医療的な処置が必要な方は、ケアマネージャー、かかりつけ医、訪問看護ステーション等と連携し行います。

☐機能訓練

身体機能や生活機能向上を目的とした下記の機能訓練を行います。

- ・ レッドコードやマット運動によるファンクショナル（機能的）トレーニング。
- ・ 筋力・筋持久力・心肺持久力を高めるためのマシーントレーニング。
- ・ ブレイズポッドを用いた、動体視力・反応速度トレーニング。
- ・ コグエボを用いた、認知機能別トレーニング。

- ・理学療法士等による個別リハビリ

事業対象者・要支援 1 : 月 2 回 ※ 1)

要支援 2 (週 2 回ご利用の場合) : 月 4 回 ※ 1)

要支援 2 (週 1 回ご利用の場合) : 月 2 回

※ 1) 祝日により月のご利用日が月 4 回または月 8 回を下回る場合、祝日日数を追加実施します。

6. サービス利用料

I. 介護予防型通所サービス

	事業対象者 要支援 1	要支援 2
月額包括報酬	1,798 単位/月	3,621 単位/月
1 割負担額	1,823 円	3,671 円
2 割負担額	3,646 円	7,343 円
3 割負担額	5,469 円	11,015 円
回数制		※ 2) 447 単位
1 割負担額		453 円
2 割負担額		906 円
3 割負担額		1,359 円

※ 2) 要支援 2 : 週 1 回程度、月 4 回を利用の場合

II. 加算

サービス提供体制強化加算(II)	要支援 1 (72 単位/月)	要支援 2 (144 単位/月)
1 割負担額	73 円	146 円
2 割負担額	146 円	292 円
3 割負担額	219 円	438 円
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	
1 割負担額	40 円	
2 割負担額	81 円	
3 割負担額	121 円	
栄養アセスメント加算	50 単位/月	
1 割負担額	50 円	
2 割負担額	101 円	
3 割負担額	152 円	
処遇改善加算 I	所定単位数 (※) の 9.2%	
送迎減算 (片道につき)	- 47 単位	

(※) 基本サービス費に各種加算減算を行った総単位数

注 1) 「サービス利用料金」表の金額は「料金」の一割を例示しています。

前記の金額については、地域加算を勘案しています。

加古川市：地域区分 7 級地 (1 単位の単価 10.14)

各単位に 10.14 円を乗じた金額の 1 割、2 割または 3 割で算定しています。

注 2) サービス利用料金変更について、介護報酬等改定に伴い、サービス利用料金に変更

がある場合は文章にて説明同意を得るものとします。

【その他の料金】

I. 提供する地域密着型通所介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

□ お茶代 : 1 回ご利用に対し 1 0 0 円 (水分補給のお水も含む)。

お菓子代 : 1 回ご利用に対し 5 0 円。

□ InBody (体成分分析装置) 測定 : 1 測定に対し 5 0 0 円。

健康状態を正しく評価するために、体を構成する基本成分である筋肉量・タンパク質・ミネラル・体脂肪を定量的に分析します。

利用開始月、3 ヶ月毎の個別機能訓練評価時に行います。ただし、ペースメーカーを埋め込まれている方は計測できません。

□ 請求書・領収書の郵送を希望される方は、送料として切手代を徴収させていただきます。

II. キャンセル料

サービスの利用をキャンセルされる場合。前日 1 8 時までにご連絡ください。

上記の時間以降のキャンセルの場合、利用者負担額の 1 0 0 % 相当額 (但し、利用者負担割合が 0 % の場合にはサービス費用総額の 1 0 % に相当する額) のキャンセル料をお支払い頂きます。

但し、ご利用者の病状の急変や急な入院の場合、やむを得ない事情がある場合には、キャンセル料は請求いたしません。月のご利用の半数以上キャンセルされ、ご利用日数が少ない場合はご利用曜日・時間帯の変更をお願いする事があります。

III. 上記、保険適用外利用金について変更がある場合は 1 か月以上前に文章にて説明同意を得るものとします。

【自己負担金及びその他利用料の支払方法】

I. 毎月のご利用料金請求書及び明細書を翌月の 1 0 日前後にお渡しします。

II. お支払方法は、銀行、ゆうちょ銀行の口座引落とし又は集金とさせていただきます。

a. 引落としの場合、毎月 2 7 日の引落としとなります。

b. 集金の場合、来所時にお支払ください。

III. 利用料金の支払いを受けたとき又は口座引落としが確認されたときは領収書を発行致します。

IV. 利用料、利用者負担額及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 1 4 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

7. サービスの苦情相談窓口

サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、以下までご連絡ください。

I. 当事業所の苦情相談窓口（受付時間 8：30から17：30まで）

電話	079-427-5363
FAX	079-427-5364
Eメール	anpservice_28622m@nifty.com

苦情相談受付担当者：幸田 知彦、安達 純子

苦情相談解決責任者：幸田 知彦、安達 純子

II. 介護保険の苦情や相談に関しては他に、下記の相談窓口があります。

加古川市 法人指導課

住所：加古川市加古川町北在家2000

電話：079-427-9391

東播磨県民局 加古川健康福祉事務所 監査・地域福祉課

住所：加古川市加古川町寺家町天神木97-1 加古川総合庁舎3階

電話：079-421-9296

8. ハラスメントについて

当事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメント防止に向け取り組んでいます。

事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は控えてください。

- 1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- 2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
（特定の職員にいやがらせをする・威圧的な態度で文句を言う・無視をするなど）
- 3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記の行為により職員へのハラスメントと認められた場合は、サービスの中断や契約の解除をさせて頂く事があります。

9. 利用にあたっての注意点

ご利用に際し、他のご利用者または職員とトラブルなくご利用して頂くため、下記の事項にご留意ください。

ご利用者、職員に対する、またはご利用者同士の贈り物や飲食物等の心付けはお控えください。

特に、飲食物に関しては、感染拡大の観点等から原則禁止しております。

10. 秘密の保持

- I. 当事業所とその職員は、業務上知りえたご利用者又はそのご家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、

ご利用者及び扶養者から、あらかじめ同意を得ておきます。

i. 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。

ii. 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

II. 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

III. 前項に掲げる事項について、ご利用者もしくはご家族様に同意を得られた時は、同意書のご提出をお願いします。

IV. 同意書の有効期限については、当事業所との契約期間までとします。なお、個人情報の範囲については介護サービスの円滑な提供に必要な最小限度のものとします。

V. 同意が得られない場合、適切な在宅療養のための他介護サービス事業所との調整ができず、一体的なサービスができない不都合が生じます。

1 1. 記録の保管

- ・当事業所は、ご利用者の介護予防・日常生活支援総合事業 通所介護サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間は保管します。
- ・記録の閲覧及び写しの交付（コピー代等実費徴収いたします）の希望時はお申し出下さい。ただし、ご利用者又はご利用者代理人等に限りません。

1 2. 緊急時の対応

- ・緊急時の対応として、ご利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。
- ・前項のほか、介護予防・日常生活支援総合事業 通所介護サービス利用中にご利用者の身心の状態が急変した場合、当事業所は、ご利用者及びご利用者代理人等が指定するものに対し、緊急に連絡します。

1 3. 損害保険への加入

- ・当事業所は賠償責任保険等の損害保険に加入しており、その保険契約の内容については希望に応じて情報公開をするものとします。

1 4. 社会情勢及び天災

- I. 社会情勢（新型インフルエンザ等感染症の発生を含む）の急激な変化、地震、風水害など社会秩序の混乱などにより、介護予防・日常生活支援総合事業 通所介護サービスの履行が難しい場合は、日程・時間の調整または中止をさせて頂くことがあります。
- II. 社会情勢（新型インフルエンザ等感染症の発生を含む）の急激な変化、地震、風水害など社会秩序の混乱などにより、介護予防・日常生活支援総合事業 通所介護サービスの履行が遅延、もしくは不能になった場合、それによる損害賠償責任を当事業所は

負わないものとします。

1 3. 重要事項の変更

- ・重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合（介護保険法改正等）、その内容を書面にて通知・説明後、ご利用者又はご利用者代理人等の同意を得ます。

当事業者は、ご利用者に対する介加古川市介護予防型通所サービスの提供開始に当たり、ご利用者に対して書面に基づいて上記の重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者名称 有限会社 ANPサービス
リハビリステーション マザー
事業所住所 〒675-0036
加古川市加古川町西河原138番地1
説明者
氏 名

本書面により指定介護予防・日常生活支援総合事業 通所介護サービスについて重要事項の説明を受け同意します。

利用者
氏 名： _____
代理者
氏 名： _____
(利用者との関係： _____)

平成30年 4月 1日改定
平成30年 8月 1日改定
令和 1年10月 1日改定
令和 3年 4月 1日改定
令和 3年 9月 1日改定
令和 3年10月 1日改定
令和 4年 9月 1日改定
令和 5年 3月 1日改定
令和 6年 4月 1日改定
令和 6年 6月 1日改定
令和 6年10月 1日改定
令和 7年 5月 1日改定