

リハビリデイサービス隼人国分

地域密着型通所介護 重要事項説明書

合同会社 ライフエイド

重要事項説明書

令和6年10月10日

1 事業の概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	リハビリデイサービス隼人国分
サービスの種類	地域密着型通所介護
事業所番号	4671201319
所在地	霧島市国分野口西 289 番地
電話番号	0995-70-0615
FAX 番号	0995-70-0616
サービスを提供できる地域	霧島市

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	看護師	1名	0名	あり	1名	介護従事者及び業務の管理
生活相談員	介護福祉士介護支援専門員	2名	1名	あり	3名	介護相談受付
看護職員	看護師又は准看護師	2名	1名	あり	3名	健康管理 緊急時対応
機能訓練指導員	作業療法士 理学療法士	0名	3名	あり	3名	訓練指導
介護職員	その他	4名	3名	あり	7名	介護業務
勤務時間		生活相談員 8時00分～17時00分 機能訓練指導員 8時00分～17時00分 看護職員 8時00分～17時00分 介護職員 8時00分～17時00分				

(3) 当事業所の設備の概要

利用定員	18人	静養室	1室 2床
食堂兼機能訓練室	107.16 m ²	相談室	1室 6.25 m ²
浴室	一般浴槽室 4.68 m ²	送迎車	4台
浴室	リフト浴槽室 6.11 m ²		

(4) サービスの提供時間帯

ア. 7～8 時間利用の場合

	営業時間	サービス提供時間
月曜日～金曜日 ※祝日、通常営業	午前 8:00～午後 17:00	午前 9:00～午後 16:05 までの 7～8 時間以内での利用
土曜日・日曜日	定休日	
休業日	12 月 31 日～1 月 3 日	

イ. 5～6 時間利用の場合

	営業時間	サービス提供時間
月曜日～金曜日 ※祝日、通常営業	午前 8:00～午後 17:00	午前 10:00～午後 15:05 までの 5～6 時間以内での利用
土曜日・日曜日	定休日	
休業日	12 月 31 日～1 月 3 日	

ウ. 3～4 時間利用の場合

	営業時間	サービス提供時間
月曜日～金曜日 ※祝日、通常営業	午前 8:00～午後 17:00	午前 9:00～午後 12:05、 午後 13:00～午後 16:05 までのどちらか 3～4 時間以内での選択利用
土曜日・日曜日	定休日	
休業日	12 月 31 日～1 月 3 日	

2 当事業所の地域密着型通所介護の特徴等

(1) 運営の方針

当事業所は「生活に根ざした介護サービス」をモットーに個別対応を心がけ、質の高い介護の提供を目指します。また、専門の療法士による機能訓練を充実させ、利用者様の生活全般の質の向上を目標に、介護予防に積極的に取り組んで参ります。

(2) サービス利用にあたって

①利用当日に準備するもの

- ・移動補助具（杖・押し車・車椅子など普段使用しているもの）
- ・室内履き
- ・着替え、オムツ・尿とりパットなど※普段より多めに準備して下さい。
バスタオル、フェイスタオル、あかすり
- ・連絡帳（お持ちの方）
- ・薬（当日分）
- ・歯磨き道具一式

②健康チェックについて

- ・利用日には自宅でも健康チェックを行ってください。風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ・当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容を変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上対応いたします。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。また、必要に応じて速やかに必要な措置を講じます。
- ・利用当日、ご利用者の健康状態に気になることがある場合は、職員にご連絡ください。
- ・利用時間中に与薬が必要な場合は、職員が管理します。服用する薬については薬局等が発行する薬の説明書（写し）も一緒にお預けください。

③送迎の連絡方法

- ・送迎車運行予定表により所定の時間・場所に配車します。余裕をもって準備をお願いします。なお、道路の混雑状況や送迎者の乗降に想定外の時間がかかる場合があります、送迎車の到着が指定時間通りに着けない場合がありますが、ご了承ください。
- ・ご利用当日の欠席連絡等は、送迎出発前の8時00分までをお願いいたします。

(3) その他サービスの利用にあたっての留意事項

食事のキャンセル	前日までにご連絡ください。
時間変更、キャンセル	前日までにご連絡ください。
設備、器具の利用	本来の使用方法に従って丁寧に扱い、使用後は元の場所に戻してください。これに反した場合、弁償していただくことがあります。
飲酒・喫煙	喫煙は所定の場所にてお願いします。ただし、ご自分で管理ができない方や、疾病等により制限を必要とする方は職員が管理させていただきます。 通所ご利用時間帯での飲酒についてはご遠慮願います。
貴重品の管理	金銭・貴重品はお持ちにならないようお願いします。 貴重品は原則として自己管理で行っていただきます。事業所では貴重品の紛失には責任を負えませんのでご了承ください。

3 サービス内容

- ①送迎 職員が専用の送迎車による送迎を行います。
- ②食事 食事は配食サービスを注文します。
- ③入浴 一般入浴・リフト浴の見守り及び介助を行います。
- ④機能訓練 専門の療法士が現状の能力を判断し、個別に計画したプログラムを実施します。
- ⑤生活相談 常に利用者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
- ⑥健康管理 常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて主治医又は医療機関と連携するなど、健康保持のための適切な措置を講じます。

4 利用料金

(1) 介護保険に基づく利用料 ※介護保険負担割合証により1割から3割の額となる。

① 地域密着型通所介護

ア サービス提供時間 7～8時間

	1割負担時の利用料	2割負担時の利用料
要介護度1	753円	1,506円
要介護度2	890円	1,780円
要介護度3	1,032円	2,064円
要介護度4	1,172円	2,344円
要介護度5	1,312円	2,624円

イ サービス提供時間 3～4時間以内

	1割負担時の利用料	2割負担時の利用料
要介護度1	416円	832円
要介護度2	478円	956円
要介護度3	540円	1,080円
要介護度4	600円	1,200円
要介護度5	663円	1,326円

ウ 付加サービスの利用料

	1割負担時の利用料	2割負担時の利用料
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56円/1日につき	112円/1日につき
個別機能訓練加算Ⅱ	20円/1ヶ月につき1回	40円/1ヶ月につき1回
入浴介助加算(Ⅰ)	40円/1回につき	80円/1回につき
科学的介護推進体制加算	40円/1ヶ月につき1回	80円/1ヶ月につき1回
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18円/1回につき	36円/1回につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	各加算を加えて算定した単位数の92/1000に相当する単位数	

(2) その他の利用料

ア 食費 1日 600円

イ その他の費用

* 以下の料金をご契約者様の全額負担となります。

活動で使用する材料費	別途必要
その他	上記のほか、日常生活上必要なものであって、ご利用者に負担していただくことが適当と認められるものについては、実費用等を負担していただくことがあります。(屋外活動時の必要経費など)

(

3) 料金の支払方法

指定銀行自動引き落とし	※ゆうちょ以外の銀行口座が利用できます。 サービスを利用した月の翌月 25 日（祝祭日の場合は直前の平日）に利用者様の指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座
現金でお支払い	サービスを利用した月の翌月末（休業日の場合は直前の営業日）までに現金でお支払い下さい。

5 サービスの利用方法

(1) サービス利用開始

まずはお電話等でお申込みください。当事業所の職員がお伺いします。

※居宅サービス計画等の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス終了

ア 利用者様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する日の7日間前までに、お申し出ください。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事業により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、1か月前までに文書で通知します。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービス終了いたします。

- ・利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・利用者様が亡くなられた場合。

エ その他

- ・利用者様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 サービス内容に関する苦情・相談

(1) 当事業所の利用者様相談・苦情窓口

担当者 八ヶ代 雅司

電話 0995-70-0615

受付日 土曜日・日曜日を除く年中（ただし、12月31日～1月3日を除く）

受付時間 午前8時30分～午後17時00分

(2) 苦情処理体制

別紙定める利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要の通り。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	医療機関の名称	
	主治医氏名	
	電話番号	
緊急連絡先 (ご家族等)	氏名	
	続柄	
	電話番号	

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者様に対して応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者様がお住まいの市町村、ご家族、居宅支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、利用者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。(介護事業者賠償責任保障契約)

9 非常災害対策

防災時の対応	防災計画による
防災設備	火災報知機および消火器を設置
防災訓練	年2回実施

10 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従業者は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 当該事業所の従業者は、利用者様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、利用者様又はご家族の個人情報を用います。

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、
重要な事項を説明しました。

法人名 合同会社 ライフエイド
事業所名 リハビリデイサービス隼人国分
事業所所在地 霧島市国分野口西 289 番地
管理者 八ヶ代 雅司

説明者氏名 _____

私は、本書面により事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の
説明を受け、サービス提供に同意します。

利用者 氏名 _____

(代理人) 氏名 _____

説明・同意日 _____ 年 月 日