

重要事項説明書(指定通所介護サービス・あんしん介護予防事業)

1 事業の目的

ベストリハ株式会社が開設する「ベストリハステイ宮」が行う、指定通所介護事業・あんしん介護予防事業の適切な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、デイサービスセンターの通所介護従業者が要介護状態にある高齢者に対し、指定通所介護事業・あんしん介護予防事業を提供することを目的とします。

2 運営の方針

デイサービスセンターの通所介護従業者は、介護認定者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。

事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域の指定居宅介護支援事業所等と綿密な連絡を図り、総合的な保健・医療・福祉サービスの提供に努めるものとします。

3 指定通所介護サービスを提供する事業所の概要

事業所名	ベストリハ株式会社	
代表者氏名	代表取締役 渡邊 仁	
本社所在地	東京都台東区上野6-16-17 朝日生命上野昭和通ビル6階	
連絡先	電話：03-6284-4350	FAX：03-6284-4351

4 利用者への指定通所介護サービスを提供する事業所の概要

事業所名	ベストリハステイ宮	
介護保険指定事業者番号	2372206637	
事業所所在地	愛知県一宮市奥町字野方77番	
連絡先	電話：0586-64-6820	FAX：0586-64-6821
管理者	渡邊ユキエ	
通常の事業の実施地域	一宮市、稲沢市、岐阜市、羽島市、笠松町、岐南町、江南市	
あんしん介護予防事業の実施地域	一宮市	
事業所利用定員	20名	

5 サービスの内容

- 1 当社において、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために日常生活上の世話及び機能訓練を行うサービスです。
- 2 事業所は、次の内容によりサービスを提供します。
- 3 外出支援・外食支援および社会参加支援を機能訓練の一環として推進しており、ご希望があればサービスを提供します。

6 サービス内容区分

- 1 送迎
- 2 生活指導(相談援助等)
- 3 個別機能訓練 日常生活動作訓練(食事動作、入浴動作等を含む)
- 4 口腔機能向上サービス
- 5 介護及び入浴
- 6 レクリエーション
- 7 食事の提供
- 8 健康チェック
- 9 その他

7 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月～土	祝祭日	日曜日
営業時間	8:30～18:00	8:30～18:00	休み

8 サービス提供時間（7時間以上8時間未満）

営業日	月～土	祝祭日	日曜日
提供時間	9:30～16:45	9:30～16:45	休み

上記時間は基本のサービス提供時間となります。送迎の関係で基本時間を変更してサービスを提供させて頂くこともございます。

9 事業所の職員体制

職種	職務内容	人員数	
管理者	職員及び業務の管理	1名	
生活相談員	利用者及び家族からの相談・苦情の対応	1名以上	内常勤1名以上
看護職員	心身状態を把握し、健康状態に配慮したサービスの提供	1名以上	ベストリハ訪問看護ステーションとの連携あり
介護職員	介護予防・通所介護計画書に基づいたサービスの提供	2名以上	内常勤1名以上
機能訓練指導員	個別機能訓練計画の作成・実施	1名以上	加算算定しない場合を除く

*日勤…8:30～18:00 半日勤…8:30～12:30・13:30～18:00 *月曜日～土曜日交代制週休2日

10 サービス利用料(円)

※別紙参照

11 サービス利用のキャンセル

利用のキャンセルについては、利用者が8:30～9:00までに事業所に通知した場合、利用料等を負担する必要がありません。なお、9:00までにサービス利用のキャンセルを通知しなかった場合、事業者は利用者に対して食事代のキャンセル料を請求させていただきます。

12 サービス利用料支払方法

(1)サービス利用料等の自己負担金は、原則的にA.自動口座引き落としにてお支払頂きますようお願いいたします。

但し、やむを得ない事情がある場合につきましては、B.のお支払方法も受付いたします。

A.自動口座引き落とし

・ご指定の金融機関の口座から月1回、翌月所定の振替日(土日祝日の場合は翌銀行営業日)に引落としさせていただきます

B.現金払い(翌月10日前後にご請求をさせていただきます。)

・口座引き落としの手続き完了までの期間及び介護保険上の事情により請求が遅れた場合や、残高不足等の事情により口座振替が出来なかった場合の自己負担金については、現金払いでお願いします

(2)上記の利用料負担金は、「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。居宅サービス計画(ケアプラン)を作成せずに「償還払い」となる場合には、利用者が事業所に対して自己負担金(10割)を支払い、その後、市区町村に保険給付分(9割または8割または7割)を利用者自身で請求することになります。

* 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は、超えた全額分については全額自己負担となります。(この場合には、居宅サービス計画書(ケアプラン)を作成する際に介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。)

13 事故発生時の対応

事故防止には最善を尽くします。万が一、事故が発生した場合は以下の点に留意して対応させていただきます。

①事故が発生した場合、予めお知らせいただいている「緊急連絡先」へ速やかに連絡します。また、必要に応じて地方公共団体など関係機関にも連絡します。

②事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。また、事故を調査した結果に基づいて、ご家族等にその発生状況やその後の対応について事実を十分に説明します。

③事故後の対応にあたっては、ご利用者本人やご家族の気持ちを考え、誠意ある態度で対応します。

④利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者に重大な過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除、または賠償額を減額されることがあります。尚、事故発生後の再発防止については是正処置計画を立案し対策を講じます。

14 緊急時等の対応

事業者は、利用者に対するサービスの提供中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。

15 非常災害対策

事業者は、非常災害にそなえて具体的な計画を定め、利用者を対象に年2回以上の避難救出訓練を実施します。

16 注意事項

- ① 利用者様同士の金品の貸し借り、売買行為
 - ② 貴重品の持ち込み
 - ③ デイサービスの提供飲食物(昼食、おやつ等)の持ち帰り
 - ④ 持ち込みでの飲酒・飲食
 - ⑤ デイサービス利用時間内の無断外出
 - ⑥ 暴言暴行、セクハラ、その他の迷惑行為
 - ⑦ 喫煙行為
- * デイサービスセンター内で、心地よく過ごして頂くために上記の行動はお控えください
尚、ご相談がある場合は、生活相談員が対応させていただきます。

17 連帯保証人について

連帯保証人は、乙と連帯して本契約にも基づく一切の責めを負う。

乙は、甲から連帯保証人の追加または変更の指示を受けた場合に於いては、遅滞なく必要な手続きをとらなければならない。甲、乙及び連帯保証人は、本契約から生ずる権利義務について、紛争を生じたときは、甲の住所を管轄する裁判所を第1審の裁判所とすることに合意する。

18 第三者評価について

実施の有無	無
-------	---

19 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

ベストリハステイ一宮	所在地	愛知県一宮市奥町字野方77番
管理者	電話番号	0586-64-6820
渡邊ユキエ	FAX番号	0586-64-6821
	受付時間	8:30~18:00

当施設以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口、愛知県国民健康保険団体連合会等でも受け付けています。

一宮市高年福祉課介護保険グループ	電話	0586-28-9019
稲沢市高齢介護課介護保険グループ	電話	0587-32-1286
羽島市役所健福祉部高齢福祉課	電話	058-392-9932
岐阜市介護保険課	電話	058-214-2093
江南市北部地域包括支援センター	電話	0587-57-2155
江南市中部地域包括支援センター	電話	0587-51-3322
江南市南部地域包括支援センター	電話	0587-55-5470
愛知県国民健康保険団体連合会	電話	052-971-4165

【 2024 年 12 月 1 日 現在 】

10 別紙(通所介護 利用料金一覧表)

1. あんしん介護予防事業 基本料金

対象者	基本単位	地域単価 10.27				
		10割負担	1割負担	2割負担	3割負担	
事業対象者・要支援1・2	週1回程度の通所	1798 /月	18,465円	1,847円	3,693円	5,540円
	日割り	59 /日	606円	61円	122円	182円
事業対象者・要支援2	週2回程度の通所	3621 /月	37,187円	3,719円	7,438円	11,157円
	日割り	119 /日	1,222円	123円	245円	367円

2. あんしん介護予防事業 加算・減算料金

(1回)

加算名	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
口腔機能向上加算Ⅰ	150	1,540円	154円	308円	462円
口腔機能向上加算Ⅱ	160	1,643円	165円	329円	493円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	205円	21円	41円	62円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	51円	6円	11円	16円

(1月)

加算名	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
科学的介護推進体制加算	40	410円	123円	82円	123円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	90/1000	1月につき所定単位数×90/1000			

加算名	基本単位	事由
送迎減算	-47	事業所が送迎を行わない場合(片道につき)
同一建物減算(通所型サービス費(Ⅰ)・(Ⅱ))	-376	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所型サービス(独自)を行う場合(1月につき)
同一建物減算(通所型サービス費(Ⅲ))	-752	

3. 通所介護 基本料金 (通常規模)

*3時間以上4時間未満 地域単価 10.27

介護度	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	370	3,799円	380円	760円	1,140円
要介護2	423	4,344円	435円	869円	1,304円
要介護3	479	4,919円	492円	984円	1,476円
要介護4	533	5,473円	548円	1,095円	1,642円
要介護5	588	6,038円	604円	1,208円	1,812円

*6時間以上7時間未満

介護度	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	584	5,997円	600円	1,200円	1,800円
要介護2	689	7,076円	708円	1,416円	2,123円
要介護3	796	8,174円	818円	1,635円	2,453円
要介護4	901	9,253円	926円	1,851円	2,776円
要介護5	1008	10,352円	1,036円	2,071円	3,106円

*4時間以上5時間未満

介護度	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	388	3,984円	399円	797円	1,196円
要介護2	444	4,559円	456円	912円	1,368円
要介護3	502	5,155円	516円	1,031円	1,547円
要介護4	560	5,751円	576円	1,151円	1,726円
要介護5	617	6,336円	634円	1,268円	1,901円

*7時間以上8時間未満

介護度	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	658	6,757円	676円	1,352円	2,028円
要介護2	777	7,979円	798円	1,596円	2,394円
要介護3	900	9,243円	925円	1,849円	2,773円
要介護4	1023	10,506円	1,051円	2,102円	3,152円
要介護5	1148	11,789円	1,179円	2,358円	3,537円

*5時間以上6時間未満

介護度	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	570	5,853円	586円	1,171円	1,756円
要介護2	673	6,911円	692円	1,383円	2,074円
要介護3	777	7,979円	798円	1,596円	2,394円
要介護4	880	9,037円	904円	1,808円	2,712円
要介護5	984	10,105円	1,011円	2,021円	3,032円

- * 1月の利用合計単位数に対し、1単位10.27円の計算となります
- * 介護保険適用の場合、負担割合証に記載された負担割合がご利用者の自己負担金となります
- * 上記表の金額は、各金額をそれぞれ端数処理しております
- そのため、実際の請求金額では一月分の利用合計単位数に端数処理を致しますので、多少の誤差が出る場合がございます

2. 通所介護 加算・減算料金

(1回)

加算名	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算(Ⅰ)	40	410円	41円	82円	123円
入浴介助加算(Ⅱ)	55	564円	57円	113円	170円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56	575円	58円	115円	173円
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76	780円	78円	156円	234円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1,540円	154円	308円	462円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	1,643円	165円	329円	493円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	205円	21円	41円	62円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	51円	6円	11円	16円

(1月)

加算名	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20	205円	21円	41円	62円
ADL維持等加算(Ⅰ)	30	308円	31円	62円	93円
ADL維持等加算(Ⅱ)	60	616円	62円	124円	185円
科学的介護推進体制加算	40	410円	41円	82円	123円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	90/1000	1月につき所定単位数×90/1000			

加算名	基本単位	事由
同一建物減算	-94	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合(1日につき)
送迎減算	-47	事業所が送迎を行わない場合(片道につき)

3. 保険対象外費用

種別	金額
オムツ代(M~Lサイズ)	100円
オムツ代(L~LLサイズ)	110円
パット代	20円
食事代(おやつ含む)	670円

* 教材・活動費は利用者のご希望により参加した場合、別途料金がかかります