

重要事項説明書

地域密着型通所介護

(別紙 料金表)

脳神経リハビリ
リハプロ S O P

重要事項説明書（通所介護）

1. 事業所の概要

事業所名	脳神経リハビリ リハプロ SOP
所在地	〒060-0061 札幌市中央区南1条西13丁目4-52 Marshal West BLDG. 4階
電話 / FAX番号	TEL: 011-206-8511 FAX: 011-206-8512
開設年月日	平成28年7月15日
介護保険事業所番号	0190100784
管理者及び連絡先	管理者: 川崎 泰優 連絡先: 011-206-8511
利用定員	15名(増員に伴って、18名)
サービス提供地域	中央区、西区の一部 北: 鉄工団地通り(北5条西1丁目~北11条西13丁目~二十四軒1条1丁目) 西: 宮の森北24条通(二十四軒1条1丁目~宮の森3条10丁目) 南: 環状通(宮の森3条10丁目~南19条西16丁目~南19条大橋) 東: 創成川通(南19条大橋~北5条西1丁目) ※詳細は、事業所までご連絡下さい。

2. 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

事業の実施にあたり、介護保険法等の関係法令に従い、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持または向上を目指し、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、利用者の日常生活の便宜及び介護する方の負担の軽減を図ります。

(2) 事業の運営方針

- ①利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にあったサービスの提供に努めます。
- ②事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、その他、地域の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 営業日、営業時間及びサービス提供時間

- (1) 営業日は月曜日から金曜日までとします。(土日祝はお休み)
- (2) 営業時間は 8:15 から 17:15 までとします。
- (3) サービス提供時間は

要介護①9:00～12:05、②13:00～16:05

4. 事業所の職員体制

(令和6年4月1日現在)

職種	従事するサービスの内容等	常勤	非常勤	合計
管理 者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。	1名 (兼務)	0名	1名
生活相談員	指定通所介護等の利用申込にかかる調整、通所介護計画又は介護予防通所介護計画(以下「通所介護計画等」という。)の作成等を行う。また、利用者に対し日常生活上の介護その他必要な業務の提供にあたる。	1名以上 (兼務)	0名	1名以上
介護職員	利用者的心身状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務の提供にあたる。	2名以上 (兼務)	3名以上 (兼務)	5名以上
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。	3名以上 (専従・兼務)	4名以上	7名以上
看護職員	健康管理、健康指導を行うほか、居宅サービス計画及び通所介護計画に基づく看護を行います。	0名	2名以上	2名以上

5. 利用料等

- (1) 利用者からお支払いいただく利用料等は、別紙料金表のとおりです。
- (2) 利用料金等の支払い

利用者が介護保険からの給付サービスを利用する場合は、法定の利用料(費用基準額)から事業所に支払われるサービス費を差し引いた金額を利用者負担金(1割、収入によっては2割、3割)としてお支払いいただきます。

ただし、公費、減免または給付制限等がある場合は、この限りではありません。また、居宅サービス計画書を作成しない場合などは、利用者がいったん利用料の全額を事業者に支払い、その後市町村に対して保険給付分を請求し、払い戻しを受けていただきます。要介護度に応じた支給限度額基準額を超えるサービスについては、全額利用者負担になります。

(3) 事業者は、事業実施地域を越えて行う送迎の交通費、指定通所介護に通常要する時間を越えて提供する場合の使用料、アクティビティサービスに係る諸経費などの介護保険給付対象外サービスの提供（別紙料金表記載）にあたっては、あらかじめ、利用者又はその家族等に対し、当該サービスの内容及び費用について事前に説明を行い、同意をうけるものとします。

＜サービスの概要＞

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算の1割、2割、3割を追加金として負担頂きます。

[共通サービス]

- ・**送迎**：ご契約様のご希望により、自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は交通費 1km当たり片道 100円(往復 200円)を実費ご負担頂きます。
- ・**科学的介護推進体制加算**：令和 3 年度介護報酬改定において、科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的としており、継続的にサービスの質の管理を行うことにより、サービスの質の向上に繋げることを目指すための加算となります。
- ・**介護職員等処遇改善加算**：介護職員の処遇改善に充てられる加算であり、人材確保や適切なサービス維持の為に最低限必要な費用となります。

[通所介護]

- ・**個別機能訓練加算 I・ロ**：利用者様ごとに心身の状態や居宅の環境をふまえた個別機能訓練計画を作成し、計画的に個別機能訓練を行うことで、生活機能の維持・向上を図り、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目指すための費用となります。
- ・**個別機能訓練加算 II**：個別機能計画書の内容等の情報を科学的介護推進システムに提出し、機能訓練の実施に当たって、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているための費用となります。
- ・**口腔機能向上加算**：口腔機能の低下している利用者又はその恐れのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められた加算です。
- ・**口腔・栄養スクリーニング加算 II**：口腔の健康状態及び栄養状態についての簡易な評価を継続的に実施することにより、利用者様の状態に応じて必要な医療や口腔機能向上サービス、栄養改善サービス等の提供を繋げるための加算となります。

・ADL 維持加算 I・II

利用者様の心身機能の重度化を防止し、機能を維持できているかを評価するための加算となります。

- (4) 利用料等は、サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。月末に請求書を作成いたします。
- (5) 利用料等のお支払い方法は、「口座振替」でお支払い頂きます。振替日はご利用月の翌月 27 日と致します。
- (6) お支払いを確認しましたら領収証を発行します。

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

当事業所にお電話又はご来所いただくか、居宅介護支援事業にお申込みください。

(2) サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する 3 日前までに文書でお申出ください。

②事業者の都合でサービスを終了する場合

・人員不足、事業規模の縮小、事業所の提供が困難になった場合、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は終了 1 カ月前までに文書で通知します。

・利用者又はその家族の著しい不信行為等により、この契約の継続が困難となった場合には、文書で通知することにより、サービスの提供を終了させていただく場合があります。

③自動終了

次の場合には自動的にサービスを終了させていただきます。

・利用者が介護保険施設に入所した場合

・認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護を受けることとなった場合

・利用者の要介護認定区分が自立又は要支援と認定された場合

・利用者がお亡くなりになった場合

7. 利用の中止（キャンセル）

利用者がサービス利用の中止をする際には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先：脳神経リハビリ リハプロ SOP

電 話：011-206-8511

8. 送迎に関する同意

- (1) 送迎は原則としてご自宅までのお迎え、お送りを致します。身体的・環境的当の諸事情がある場合は、ご契約者様、ご家族様とお話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを提供させて頂きます。

- (2) 送迎時間につきましては、天候や交通事情等で、10分以上到着が遅れる場合がございます。
その際は、事業所より電話連絡を致します。
- (3) ご契約者様の体調不良等を除き、準備等が出来ていない場合、他のご利用者様にご迷惑をおかけしてしまいますので長時間待機することはできません。ご契約者様、ご家族様のご協力をお願ひいたします。
- (4) 送迎中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。
- (5) 送迎中は、やむを得ず急停止する場合がございます。ご理解ご了承をお願いしております。

9. 緊急時の対応

サービスの提供中に事故、体調の急変、その他緊急事態が生じたときは、ご家族、主治医の医師、救急機関、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

10. 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、市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に早急に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。このため、次の賠償責任保険に加入しています。

- ・保険会社 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
- ・保険の種類 介護保険・社会福祉事業者総合保険

11. 非常災害対策

事業所は、非常災害、風水害及び自身などに対処するため、消防計画等を作成し、全従業員参加により非難、救助訓練を行います。

12. 秘密保持

従業員は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者にもらすことはありません。また、従業員が退職した後、在職中に知り得た利用者及びその家族の個人情報を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

13. 相談窓口・苦情処理の対応

(1) 相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、当事業書の窓口にて常時受け付けています。

お客様相談窓口	受付時間	月曜日～金曜日（祝日除く） 午前8時15分～午後5時15分
	電話/番 FAX号	TEL：011-206-8511 FAX：011-206-8512
	相談員（管理者）	川崎 泰優

(2) 苦情処理の対応

- ①相談・苦情の受け付けは、原則として事業所の管理者が対応します。
- ②寄せられた相談・苦情に対し、管理者は速やかに相手先に連絡を取り、必要があれば利用者宅を訪問し、その内容の確認や状況の把握に努めます。
- ③事業所内で管理者を中心に会議を開き、問題点の整理を行い、今後の改善策を検討します。
- ④改善策について、管理者が利用者に対し事業説明を行います。
- ⑤管理者は改善策を実施するとともに、従業員への指導を徹底させ再発防止に努めます。
- ⑥居宅介護支援事業者、市町村及び国民健康保険団体連合会に対し報告を行い、助言を受けてます。
- ⑦相談・苦情を受け付けた場合は、その内容と処理経過を記録します。

(3) 下記の公的機関等においても、相談・苦情の申し出ができます。

札幌市役所介護保険課	所在地	札幌市中央区北1条西2丁目
	電話番号	011-211-2547
	FAX番号	011-218-5117
	受付時間	午前8時45分～午後5時15分
西区役所保健福祉課	所在地	札幌市西区琴似2条7丁目1-1
	電話番号	011-641-2400
	FAX番号	011-641-0372
	受付時間	午前8時45分～午後5時15分
中央区役所保健福祉課	所在地	札幌市中央区南3条西11丁目
	電話番号	011-231-2400
	FAX番号	011-231-2346
	受付時間	午前8時45分～午後5時15分
北海道国民健康保険団体連合会（国保連）	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目
	電話番号	011-221-5175
	FAX番号	011-233-2178
	受付時間	午前8時45分～午後5時15分
福祉サービス苦情相談センター	所在地	札幌市中央区大通西19丁目1-1
	電話番号	011-632-0550
	FAX番号	011-613-5486
	受付時間	午前8時45分～午後5時15分

14.当法人の概要

法人の名称	株式会社アールズエース
代表者名	代表取締役 佐藤 陽
本社所在地	〒060-0004 札幌市中央区北 4 条西 13 丁目 1-84 第 27 藤栄ビル 1 階
電話/FAX番号	TEL : 011-206-0326 FAX : 011-206-1208
設立年月日	平成 28 年 7 月 15 日
事業所数	2 事業所 リハビリ重視型デイサービス リハプロ SOP (平成 28 年 10 月 1 日) 脳神経リハビリ リハプロ SOP (平成 30 年 11 月 1 日)

15.第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり 2. なし
	2. なし		

【説明確認欄】

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明いたしました。

事業所 名 称 脳神経リハビリ リハプロ SOP

代表取締役 佐藤 陽 印

説明者 川崎 泰優 印

サービス契約の締結にあたり、重要事項説明書の交付および説明を受け、上記の内容に同意します。

令和 年 月 日

利用者 氏 名 印

(署名代行者、立会人、または代理人)

【該当する役割いずれかにチェックを記入してください】

署名代行者 私は、上記利用者が重要事項説明書の内容を理解し、同意する意思があることを確認し、身体の障害、または高齢により筆記困難な利用者に代わって上記署名を行いました。

立 会 人*1 私は、重要事項説明の場に立会い、上記利用者が重要事項説明書の内容を理解し、同意したことを確認しました。

*1 利用者ご本人だけでは重要事項説明・同意に不安がある場合に使用

代 理 人 私は、上記利用者の〔成年後見人・保佐人・補助人・任意後見人（該当するものいずれかに○をしてください）〕として、利用者に代わって、重要事項の説明を受け、上記の内容に同意します。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

本人との関係 _____