

重要事項説明書

通所介護事業所 Akala

利用者

様

医療法人社団 NALU

指定通所介護サービス 重要事項説明書

令和6年11月1日現在

1. 指定通所介護のサービスを提供されるサービスの内容、利用上の重要事項について次のとおり説明します。

(1) 事業所の概要

| | |
|---------|---|
| 法人名称 | 医療法人社団 NALU |
| 代表者氏名 | 理事長 尾崎聡 |
| 法人所在地 | 神奈川県海老名市めぐみ町3番1号 VINA GARDENS PERCH 601-12 |
| 連絡先 | TEL：046-236-2188 |
| 法人設立年月日 | 平成28年3月9日 |

| | |
|---------|---|
| 事業所名称 | 通所介護事業所 Akala（アカラ） |
| 管理者氏名 | 綾塚 裕司 |
| 事業所の所在地 | 神奈川県海老名市下今泉 4-2-14 グランツ海老名2階 |
| 指定年月日 | 令和5年4月1日 |
| 連絡先 | TEL：046-236-2170 FAX：046-236-2171 |
| 相談担当者名 | 綾塚 裕司 |
| 実施地域 | おおむね5~10km圏内 海老名市（杉久保、門沢橋を除く） 座間市（相模が丘、小松原、ひばりが丘を除く） ※その他の地域は利用者の希望により検討します。 |

(2) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 医療法人社団NALUが開設する、通所介護事業所Akalaが行う通所介護事業の適正な運営を確保するために、人員・管理運営に関する事項を定め、通所介護の必要な利用者に対し、必要とされるサービスを提供することを目的とする。 |
| 運営方針 | 1) 利用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できるよう、生活の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って、利用者の社会的孤立の解消及び心身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ります。 |

| | |
|--|--|
| | 2) 事業の実施に当たっては、関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービスと密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 |
|--|--|

(3) 事業所窓口の営業日時

| | |
|----------|--------------------|
| 営業日 | 月曜～土曜 定休日（日曜、年末年始） |
| 営業時間 | 8：20～17：20 |
| サービス提供時間 | 9：50～16：00 |

(4) 事業所の職員体制

| | |
|-----|------|
| 管理者 | 綾塚裕司 |
|-----|------|

| | | |
|-----|---------|------------------------|
| 人員数 | 管理者 | 常勤兼務 1 名 |
| | 生活相談員 | 常勤兼務 2 名以上 |
| | 機能訓練指導員 | 常勤兼務 2 名以上、非常勤兼務 2 名以上 |
| | 看護職員 | 常勤兼務 2 名以上、非常勤 1 名以上 |
| | 介護職員 | 常勤兼務 7 名以上、非常勤 5 名 |
| | ドライバー | 非常勤 3 名 |
| | 調理スタッフ | 非常勤 4 名 |

2. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

| | |
|----------------|--|
| 食事の提供 | 食事の提供および必要な介助を行います。 |
| 入浴（個浴、一般浴） | 入浴サービスの提供および必要な介助を行います。 |
| 日常生活動作の個別機能訓練 | 利用者が日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。 |
| レクリエーション | 利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーションを行います。 |
| 健康状態の確認 | 体調や血圧等の確認を行います。 |
| 送迎 | 居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。 |
| 日常生活における相談及び助言 | 利用者及びその家族の日常生活における介護などに関する相談及び助言を行います。 |
| その他日常生活上の援助 | 利用者に必要な日常生活上の世話及び支援を行います。 |

(2) 通所介護事業所の禁止行為

- ① 利用者、又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ② 利用者、又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 身体拘束、その他、利用者の行動を制限する行為
- ④ 利用者、又は、家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担金額（介護保険を適用する場合において）について

① 指定通所介護を提供した場合の利用料

厚生労働大臣が定める基準によるものとし、事業所が法定代理受領サービスであるときは、その1割から3割の額とします。厚生労働大臣が定める基準に合わせた料金表の詳細は、別添の料金表のとおりです。また、実費も別添の料金表のとおりです。

② 支払方法

毎月20日までに前月分の利用料の請求をいたしますので、27日までにお支払いください。

お支払方法は、銀行・郵便局の指定口座からの引き落としとなります。

③ 利用のキャンセルの場合

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の前営業日12時までに事業所に申し出てください。利用日の前営業日12時までに連絡がなく、サービスの利用をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
|-------------------------------|------------------------------------|
| ご利用日の前営業日12時までに ご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ご利用日の前営業日12時までに ご連絡がなかった場合 | 昼食及びおやつ代として870円 * おやつなしの場合、750円 |

④ 料金表

| 【通所介護料金表（通常規模 6時間以上7時間未満）】 | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------|-----|------|--------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|-------------|
| 令和6年11月1日現在 | | | | | | | | | | |
| | 項目 | 単位 | | 金額 (1割負担) | | 金額 (2割負担) | | 金額 (3割負担) | | 説明 |
| 介護度 | 要介護 1 | 584 | 単位/日 | 616 | 円/日 | 1,231 | 円/日 | 1,847 | 円/日 | 要介護1の方の基本料金 |

| | | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|-------|------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|--|
| | 要介護 2 | 689 | 単位/日 | 726 | 円/日 | 1,452 | 円/日 | 2,179 | 円/日 | 要介護2の方の基本料金 |
| | 要介護 3 | 796 | 単位/日 | 839 | 円/日 | 1,678 | 円/日 | 2,517 | 円/日 | 要介護3の方の基本料金 |
| | 要介護 4 | 901 | 単位/日 | 950 | 円/日 | 1,899 | 円/日 | 2,849 | 円/日 | 要介護4の方の基本料金 |
| | 要介護 5 | 1,008 | 単位/日 | 1,062 | 円/日 | 2,125 | 円/日 | 3,187 | 円/日 | 要介護5の方の基本料金 |
| 全 員 | サービス 提供体制 加算(I) | 22 | 単位/回 | 23 | 円/回 | 46 | 円/回 | 69 | 円/回 | 介護職員総数のうち介護福祉士の 占める割合が介護職員総数の7 0%を満たしていることに対する 加算 |
| | 科学的介 護推進体 制加算 | 40 | 単位/月 | 42 | 円/月 | 84 | 円/月 | 126 | 円/月 | 必要に応じて個別機能訓練計画を 見直すなど、適切かつ有効に提供 するために必要な情報を活用して いくための加算 |
| | 中重度者 ケア体制 加算 | 45 | 単位/日 | 47 | 円/日 | 95 | 円/日 | 142 | 円/日 | 基準の人員数に加え、看護職員又 は介護職員を常勤換算方法で2以 上確保し、また、利用者の総数のう ち、要介護3以上の者の占める割 合が3割以上である事 |
| | 個別機能 訓練加算 (I)□ | 76 | 単位/日 | 80 | 円/日 | 160 | 円/日 | 240 | 円/日 | 機能訓練指導員を1名以上配 置していることに加えて機能 訓練指導員を提供時間を通じ て1名以上配置し、個別機能訓 練計画に基づき利用者の状況 に応じた機能訓練を行う事 |
| | 個別機能 訓練加算 (II) | 20 | 単位/月 | 21 | 円/月 | 42 | 円/月 | 63 | 円/月 | 個別機能訓練計画や実施の内 容等の情報を厚生労働省に提 出する事に対する加算 |
| | 生活機能 向上連携 加算(II) | 100 | 単位/月 | 105 | 円/月 | 211 | 円/月 | 316 | 円/月 | 医療提供施設の助言に基づき、 機能訓練指導員が共同してア セスメント、利用者の身体状況 などの評価及び個別機能訓練 計画の作成を行う事 |

3. サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに事業所にお知らせください。
- (2) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- (3) サービスの利用中に体調不良・緊急を要する傷病の際は、速やかに医療機関との連携をとるなど必要な措置を講じさせていただきます。また、利用再開時には心身状況を確認させて頂くとともに、提供するサービス内容の変更を検討させて頂く場合がございます。
- (4) 教養の施設・設備を利用するのにあたっては、事業所の従業員の指示に従ってください。
- (5) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方々のご迷惑にならないようお願いいたします。

4. 秘密保持及び個人情報の保護

- 事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びそのご家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- 事業所が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその家族の同意を得るものとする。

5. 虐待の防止について

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じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従事者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 従事者に対し、虐待防止のための研修を採用時及び年 1 回以上実施する。
- (4) 前 3 号にあげる措置を適切に実施するための担当者を置く。

6. 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、すみやかに利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者及び市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対するサービスの提供により事業所の故意もしくは重大な過失がある事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

7. 非常災害対策

事業所は防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等の訓練を行う。

8. 居宅介護支援事業者等との連携

通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

9. サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は利用終了日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業所に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。また、事業所は利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示します。

10. 衛生管理等

- ① 職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

11. サービス提供に関する相談、苦情について

利用者に提供されたサービスに苦情がある場合は、事業所、介護支援専門員、市区町村等に対して、いつでも苦情を申し立てることが出来ます。

(1) 事業所の窓口

| | | |
|---------|------|--------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 | 046-236-2170 |
| | 受付時間 | 月曜日～土曜日 8:20～17:20 |
| | 担当者名 | 綾塚裕司 |

(2) その他苦情申立の窓口

| 事業所 | 担当 | 電話 |
|-----------------|----------------|--------------|
| 神奈川県国民健康保険団体連合会 | 月～金 9:00～17:00 | 045-329-3400 |
| 海老名市介護保険係 | 月～金 8:30～17:15 | 046-235-4952 |
| 座間市介護保険課 | 月～金 8:30～17:15 | 046-252-7719 |

上記の通り、サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて、重要な事項を説明いたしました。

令和 年 月 日

事業所 所在地：海老名市下今泉 4-2-14 グランツ海老名 2 階

名 称：医療法人社団 NALU

通所介護事業所 Akala

理事長：尾崎 聡 印

説明者： _____

私は、事業所より、重要事項説明書について説明を受け、同意しました。

利用者 住 所： _____

氏 名： _____ 印

(利用者が署名できない場合は代理人が代筆)

代理人 住 所： _____

氏 名： _____ 印

附則

この規定は、令和5年4月1日から施行する。

この変更規定は、令和6年4月1日から施行する。

この変更規定は、令和6年11月1日から施行する。