

有限会社 アフターメディカル
介護ステーションふわり
通所介護・通所型サービス基準緩和 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して通所介護・通所型サービス基準緩和を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と設定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業所経営法人（展開事業）	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	3
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. サービス利用にあたっての留意点	5
7. 苦情の受付について	5
8. 緊急時の対応	6
9. 非常災害対策	6
10. 賠償責任	7
11. 秘密保持	7
12. 虐待防止について	7
13. 地域との連携など	7
14. 従業者の禁止行為	8

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 有限会社アフターメディカル
- (2) 法人所在地 大阪府寝屋川市下神田町28番2号
- (3) 電話番号 072-839-7720
- (4) 代表者氏名 代表取締役 岡田 智代
- (5) 設立年月 平成5年4月
- (6) 資本金 5,000万円
- (7) 展開事業

【介護福祉事業部】

【地域密着型通所介護・通所型サービス（現行相当・基準緩和）】

- ・ 介護ステーション萱島

【地域密着型通所介護・通所型サービス（現行相当）】

- ・ 介護ステーション木楽里

【通所介護・通所型サービス（基準緩和）】

- ・ 介護ステーションふわり

【通所介護・通所型サービス（現行相当・基準緩和）】

- ・ アプコル池田

【その他、介護事業】

- ・ アフターメディカルケアステーション（居宅介護支援）
- ・ ヘルパーステーション木楽里（訪問介護・訪問型サービス現行相当・基準緩和）
- ・ 住宅型有料老人ホーム木楽里
- ・ 住宅型有料老人ホームふわり

【鍼灸整骨院事業部】

- ・ 健援堂鍼灸整骨院

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

- ・ 通所介護
平成28年11月1日指定
- ・ 通所型サービス(基準緩和)
平成29年10月1日
事業所番号 2770305114号

(2) 運営の方針

- ・ 当事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態または要支援状態等となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。
- ・ 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止または要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
- ・ 事業の提供に当たっては、事業所の従業者によってのみ行うものとし、第三者への委託は行わないものとする。

(3) 事業所の名称 介護ステーションふわり

(4) 事業所の所在地 大阪府寝屋川市池田三丁目4番7号

(5) 電話番号 072-801-5501

(6) 管理責任者 兼市 智樹

指定通所介護 平成28年11月1日

(7) 開設年月 第1号通所事業

通所型サービス(基準緩和) 平成29年10月1日

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 【通所介護】寝屋川市・守口市・門真市

【通所型サービス基準緩和】寝屋川市

(2) 営業日及び営業時間

営業時間	月～土 8:30～17:30
定休日・休業日	日・GW(5/3～5/5※その期間に伴う振替休日も含む) お盆(8/13～8/15)、正月(12/30～1/4)
サービス提供時間	月～土 9:30～15:35(6時間以上7時間未満)
1日の利用定員(基準緩和)	22名(1名)

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護・通所型サービス基準緩和を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

管理者 1名 (常勤、生活相談員と兼務)

生活相談員 1名以上(うち1名は常勤で管理者と兼務)

介護職員 2名以上(常勤・非常勤問わず)

機能訓練指導員 1名以上(常勤・非常勤問わず、看護職員と兼務)

看護職員 1名以上(常勤・非常勤問わず、機能訓練指導員と兼務)

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

（通所介護・通所型サービス基準緩和の内容）

通所介護・通所型サービス基準緩和の内容は次のとおりとする。

- ① 生活指導（相談援助等） ②健康チェック ③機能訓練（体操・マシン運動・脳トレ等）
④送迎 ⑤食事提供 ⑥おやつサービス ⑦入浴 ⑧レクリエーション

《サービス利用料金》

(2) 【通所介護利用料】（1回につき）

通常規模型通所介護 （6時間以上7時間未満）

	基本単位	入浴加算Ⅰ (1回につき)	認知症加算 (60単位/日)	処遇改善加算Ⅱ (所定単位×9%)	費用総額 (10割)	利用者負担額		
						(1割)	(2割)	(3割)
要介護1	584	40	60	<u>62</u>	7,863	786	1,573	2,359
要介護2	689			<u>71</u>	9,064	906	1,813	2,719
要介護3	796			<u>81</u>	10,298	1,030	2,060	3,089
要介護4	901			<u>90</u>	11,499	1,150	2,300	3,450
要介護5	1008			<u>100</u>	12,732	1,273	2,546	3,820

減算： 送迎減算 ⇒ 片道－47単位 同一建物減算 ⇒ 一日につき－94単位

(3) 【通所型サービス基準緩和】（ひと月につき）

通所型サービス (基準緩和)	サービス名称	基本単位	費用総額 (10割)	利用者負担額		
				(1割)	(2割)	(3割)
週1回 (要支援1・2)	送迎あり・入浴あり	1,257	13,249円	1,325円	2,650円	3,975円
	送迎あり・入浴なし	1,103	11,626円	1,163円	2,325円	3,488円
	送迎なし・入浴あり	1,117	11,773円	1,177円	2,355円	3,532円
	送迎なし・入浴なし	964	10,161円	1,016円	2,032円	3,048円
週2回 (要支援2)	送迎あり・入浴あり	2,469	26,023円	2,602円	5,205円	7,807円
	送迎あり・入浴なし	2,169	22,861円	2,286円	4,572円	6,858円
	送迎なし・入浴あり	2,194	23,125円	2,313円	4,625円	6,938円
	送迎なし・入浴なし	1,893	19,952円	1,995円	3,990円	5,986円

※ 費用総額は、当該施設の地域区分が4級地となり、単位に10.54円を乗じた額です。

※ 左記の金額より、円未満切捨ての関係で、利用者合計単価に地域加算を加えると若干、自己負担金が異なってくる場合があります。

上記以外の自己負担分として、下記のものがあります。

昼食代・通常食 1食 680円（税込）

・ソフト食、ミキサー食 1食 730円（税込）

※食事のキャンセルは発注の都合上3日前までとなります。

※通常の実施地域を超えての送迎に関しては片道500円（税込）となります。

（4）利用料金のお支払い方法

- ・ 当月の料金の合計額を翌月の10日までに請求書に明細を付して送付します。
- ・ 支払方法は、 1. 自動引落とし（ゆうちょ銀行のみ） 2. 集金（現金）

当事業所では可能な限り自動引落としでのお支払いをお願いいたしております。

当月御利用分を翌月20日に自動引落としさせていただきます。（休みの場合は翌営業日）

なお、ゆうちょ銀行指定口座をお持ちでない方は可能な限りお手数ですが口座をお作り頂きますようご協力お願いいたします。

6. サービス利用に当たっての留意事項

・ 送迎時間

予め、利用者の要望をお聞きした上で、当事業所で決めさせていただきます。道路事情等により、送迎時間が多少前後する場合がありますのでご了承ください。

・ 体調確認

当事業所に到着後、体温・血圧を測定し、問診等で体調を確認いたします。

・ 服装等

運動しやすい服装でご参加下さい。上履き ・ タオル2枚（汗拭き用・運動用）をご持参下さい。

・ 金銭

人の出入りの多い場所です。金銭・貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。

- ・ マシン・トレーニング機器の利用

当事業所のスタッフが作成するトレーニングメニューに沿ってトレーニング機器を使用します。

- ・ 入浴

着替え、バスタオル、フェイスタオル、洗身用タオルのご用意をお願い致します。また、当日の体調により入浴を中止させていただく場合があります。

- ・ その他

広報活動等に活動中の写真を使用するときがありますので、不都合のある方は、予め申し出て下さい。

7. 苦情の受付について

- (1) 当事業所ご利用者相談・苦情窓口

担当者 兼市 智樹 電 話 072-801-5501

- (2) 行政機関その他苦情受付機関その他

寝屋川市高齢介護室	大阪府寝屋川市池田西町 24 番 5 号	072-838-0518
高齢者総合相談情報センター (シルバー110番)	吹田市山田北3-1大阪府立老人総合センター内	06-6875-0110
大阪府社会福祉協議会運営適正化委員会「福祉サービス苦情解決委員会」	大阪府社会福祉会館 大阪府中央区谷町 7-4-15	06-6191-3130
大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課	大阪府中央区常磐町1丁目3-8	06-6949-5418

8. 緊急時の対応

事業所は、現に通所介護・通所型サービス基準緩和の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合、その必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師へ連絡を取る等必要な措置を講じます。

9. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 …… 防火管理体制により対応します。
- ・ 防災設備 …… 消防署の定期的な検査・指導のもと整備されています。
- ・ 防災訓練 …… 年1回以上、訓練を実施します。

10. 賠償責任

- 1) 事業所は、サービスの提供にともなって、事業所の責めに帰すべき自由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼしたときは、利用者に対してその損害を賠償します。
- (2) 利用者及び代理人は、サービスの利用にともなって、利用者・代理人及びその他のご家族の責めに帰すべき事由により、他の利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼしたとき、事業所の運営・財産等に損害を及ぼしたとき、同職員の生命・身体・財産に損害を及ぼしたときは、その損害を賠償します。

11. 秘密保持

事業所及び事業所の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者、代理者及びその他のご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

12. 虐待防止について

- 1 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を構ずるものとする。
 - (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ること
 - (2) 虐待防止のための指針の整備をすること
 - (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施をすること
 - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置すること
- 2 事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

13. 通所介護・通所型サービス基準緩和従業者の禁止行為

従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- (1) 医療行為(ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療補助行為を除く。)
- (2) 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- (3) 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- (4) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く。)

14. 第三者評価の受審は検討していくものとする

令和 年 月 日

通所介護・通所型サービス基準緩和の利用にあたり、利用者及び代理人に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

サービス提供者

所在地 大阪府寝屋川市池田三丁目4番7号
名 称 介護ステーションふわり
説明者 兼市 智樹

私は、契約書及び本書面により、サービス提供者から通所介護・通所型サービス基準緩和利用についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

代理人

住 所 _____

氏 名 _____

私（利用者及び家族）の個人情報については、居宅サービス計画及び介護予防サービス支援計画に沿って円滑にサービス提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と当事業所との連絡調整において必要な場合、必要最小限の範囲において使用することに同意します。

個人情報の内容

- ・ 氏名、健康状態、事業所での様子など、利用者個人に関する情報
- ・ 運動、トレーニング、体力測定の結果などの情報
- ・ その他の情報

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

利用者家族代表

住 所 _____

氏 名 _____

代理人

住 所 _____

氏 名 _____