

有限会社 アフターメディカル
介護ステーション木楽里
地域密着型通所介護
介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して地域密着型通所介護・通所型サービス（現行相当）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	6
8. 緊急時の対応	6
9. 非常災害対策	6
10. 賠償責任	6
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	7
15. 衛生管理等	8
16. 業務継続計画の策定等について	8
17. 第三者評価について	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 指定地域密着型通所介護事業所
平成26年10月1日指定
第1号通所事業【通所型サービス(現行相当)】
平成30年4月1日指定
事業所番号 2770304554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。

(3) 事業所の名称	介護ステーション木楽里	
(4) 事業所の所在地	大阪府寝屋川市楠根南町24番11号	
(5) 電話番号	072-821-6528	
(6) 管理責任者	賀好 健人	
(7) 開設年月	指定地域密着型通所介護事業 第1号通所事業	平成26年10月1日 平成30年4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 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・正月(12/30～1/3) GW(5/3～5/5) お盆(8/13～8/15)	
サービス提供時間		
1単位目	月～金 9:30～15:25(5時間以上6時間未満)	
2単位目	土 9:30～15:25(5時間以上6時間未満)	
利用定員	1単位目 15名	2単位目 10名

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービス・通所型サービス（現行相当）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＞

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、1名は常勤で介護職員と兼務）

介護職員 2名以上（常勤・非常勤問わず、1名は常勤で生活相談員と兼務）

機能訓練指導員 1名以上（常勤・非常勤問わず、1名は看護職員と兼務）

看護職員 1名以上（常勤、機能訓練指導員と兼務）

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

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。

（地域密着型通所介護・通所型サービス現行相当の内容）

地域密着型通所介護・通所型サービス現行相当の内容は次のとおりとする。

- ① 生活指導（相談・援助等） ② 機能訓練（体操・マシン運動・脳トレ・体力測定等）
 ③ 送迎 ④ 食事提供 ⑤ 入浴 ⑥ レクリエーション

《サービス利用料金（1回あたり）》

(2) 【地域密着型通所介護利用料】

地域密着型通所介護（5時間以上6時間未満）

	基本単位	入浴加算Ⅰ	処遇改善加算Ⅱ	費用総額 (10割)	利用者負担額		
					1割	2割	3割
要介護1	657	40	63	¥8,010	¥801	¥1,602	¥2,403
要介護2	776		73	¥9,370	¥937	¥1,874	¥2,811
要介護3	896		84	¥10,750	¥1,075	¥2,150	¥3,225
要介護4	1013		94	¥12,089	¥1,209	¥2,418	¥3,627
要介護5	1134		106	¥13,491	¥1,350	¥2,699	¥4,048

減算： 送迎減算 ⇒ 片道－47単位 同一建物減算 ⇒ －94単位

(3) 【通所型サービス利用料】

通所型サービス (現行相当)	基本単位	処遇改善 加算Ⅱ	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)	1798	164	¥20,679	¥2,068	¥4,136	¥6,204
週2回 (要支援2)	3621	330	¥41,643	¥4,165	¥8,329	¥12,493

※ 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。

※ 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 1日 680円

事業実施地域（寝屋川市）を越えての送迎を行った場合は、片道500円（税込み）の送迎費用がかかります。

（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． 当事業所の窓口

当施設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。

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、当施設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

当施設に到着後、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。多額の金銭・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

当施設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。

- ・ その他

広報活動等に活動中の写真を使用する場合がありますので、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) 当施設ご利用者相談・苦情窓口

担当者 賀好 健人 電 話 072-821-6528

(2) 行政機関その他苦情受付機関

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

施設は、現に地域密着型通所介護・通所型サービス（現行相当）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) 施設は、サービスの提供にともなって、施設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、施設の運営・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。

1 1. 秘密保持

- (1) 施設及び施設の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者、代理人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。
- (2) 事業の提供に当たっては事業所の従業員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。

1 2. 虐待防止について

- 1 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。
 - (1) 虐待を防止するための従業員に対する研修の実施
 - (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - (3) その他虐待防止のために必要な措置
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は擁護者（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。

1 3. 地域との連携など

- (1) 指定地域密着型通所介護の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動との連携及び協力を行なう等地域との交流に努める
- (2) 提供に当たっては利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される運営推進会議を設置し、おおむね6ヶ月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設ける。
- (3) 前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに当該記録を公表するものとする。

1 4. 地域密着型通所介護（通所型サービス）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。）

1 5. 衛生管理等

- (1) 介護職員等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。
- (3) 食中毒及び感染症防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (4) 事業所において感染症が発生し又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的 to 実施します。

1 6. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 7. 第三者評価

第三者評価の実施はなし。

第三者評価の受審については検討していくものとする。

地域密着型通所介護・通所型サービス（現行相当）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

説明者 印

印

印

印

印

- 9 -

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、施設でのご様子など、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 _____ 印

利用者家族代表

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者家族

住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者家族

住 所 _____

氏 名 _____ 印