

通所介護、介護予防型デイサービス重要事項説明書

<令和6年 4月 1日現在>

1 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 One STEP
代表者名	山村 允載
所在地・連絡先	(住所) 京都市右京区山ノ内荒木町11番地 (電話) 090-3285-7145

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	リハビリ特化型デイサービス スマイルステーション嵯峨
所在地・連絡先	(住所) 京都市右京区嵯峨広沢南下馬野町8番地13 (電話) 075-406-1314 (FAX) 075-406-1316
事業所番号	2670702923
管理者の氏名	松本 成昭
利用定員	2単位40名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		業務兼務 について
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1		介護職員を兼務する
生活相談員	1	1		介護職員を兼務する
介護職員	7	7		管理者が兼務する
看護職員	1		1	
機能訓練指導員	2	2		

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	京都市右京区（京北地域除く）、中京区、北区 ※別紙地図参照
------------	----------------------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日等

営業日	営業時間
月曜日～金曜日	8:15～17:15
サービス提供時間	9:00～12:05、13:30～16:35
営業しない日	土曜・日曜、12月30日～1月3日



『リハビリ特化型デイサービス スマイルステーション嵯峨』
重要事項説明書

3 サービスの内容及び費用

(1)介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ＜当事業所の保有するリハビリ器具＞ TRX、自転車、動的ストレッチマシン、平行棒、HIボール等
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から事業所までの送迎を行います。

イ 費用 下表は目安の料金になります。

<介護予防（総合事業）>

	基本単位数 (3時間以上のサービス)	介護職員 処遇改善 加算Ⅰ	特定処遇 改善加算Ⅱ	ベースアップ 等 支援加算	合計 (円) 1割負担	合計 (円) 2割負担	合計 (円) 3割負担
総合事業 要支援1 要支援2の 週1回程度	1598	5.9%	1%	1.1%	1849	3698	5547
要支援2	3221	5.9%	1%	1.1%	3681	7362	11043
科学的介護推進体制加算 (必須)		40単位		月1回		送迎減算	-47単位
口腔機能向上加算Ⅰ (受けられる方のみ)		150単位		月1回	※合計金額は1単位 10.45円として計算しています		

※合計は1か月あたりの目安になります。

<介護>

	基本単位数 (3時間以上4時間未満)	個別機能訓練加算Ⅰロ	介護職員 処遇改善 加算Ⅰ	特定処遇 改善加算Ⅱ	ベースアップ 等 支援加算	合計 (円) 1割負担	合計 (円) 2割負担	合計 (円) 3割負担
要介護1	370	76	5.9%	1%	1.1%	574	1148	1722
要介護2	423	76	5.9%	1%	1.1%	634	1268	1902
要介護3	479	76	5.9%	1%	1.1%	696	1392	2088
要介護4	533	76	5.9%	1%	1.1%	757	1514	2271
要介護5	588	76	5.9%	1%	1.1%	819	1638	2457
科学的介護推進体制加算 (必須)		40単位		月1回		ADL維持等加算Ⅰ		30単位
口腔機能向上加算 (受けられる方のみ)		150単位		月2回まで		ADL維持等加算Ⅱ		60単位
個別機能訓練加算Ⅱ		20単位		月1回		送迎減算(片道)		-47単位

※合計は1回通所あたりの目安になります。

○ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

○ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合や、ご契約様がまだ介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付致します。

(2)介護保険給付対象外サービス

○ その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者様に負担させることが適当と認められる費用は、利用者様の負担となります。

○ 送迎サービス

ご契約者様のご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。徒歩にて通所可能な方で、要介護認定がおりているご契約者様に関しましては、職員が徒歩にて付き添い送迎致します。要支援認定がおりているご契約者様においても、ご希望がございましたら付き添いにての送迎を致します。

※経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する事があります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

(3)利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月毎に計算し、ご請求します。利用料金のお支払いは原則口座引き落としとなりますが、口座引き落とし手続きが完了するまでの間は、翌月10日までに生活相談員までお支払いください。(1カ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額と致します。)

(4)利用の中止、変更

ご契約者様の都合により、通所介護サービス又は介護予防型デイサービスの利用を中止、変更する事が出来ます。この場合、事業所の稼働状況によりご希望に添えない場合、他のご利用可能日の提案をさせていただきます。

また、ご契約者様の都合による欠席が3カ月に及ぶ場合は、契約解除の対象とさせていただきます。

4 事業所の特色等

(1)事業の目的

運動(リハビリ)特化したメニューにより、介護度の軽減や自立を目指し、日常生活動作の向上を図る事により、より良く生活が送れる様お手伝いをさせていただきます。また、利用者様同士のコミュニケーションの場としての機能を持ち、日々の生活に刺激を与える事により、より充実した生活を送って頂く事を目的とします。

(2)運営方針

「気づいて築く」を企業理念とし、職員だけでなく利用者様にも様々な事柄に気づいて頂き、その事柄一つ一つについて反省や自分に培う事により、より一層共に成長していける関係作りを目指しています。

(3)その他

事項	内容
(介護予防)通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者指導の下、利用者様の直面している課題等及び利用者様の希望を踏まえて、(介護予防)通所介護計画を作成し、利用者様に説明・同意のうえ交付します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、日々の通所されている様子をモニタリングし、利用者様・介護支援専門員に報告致します。
従業員研修	年6回、リハビリ実技の研修を行っています。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所利用者様相談窓口	窓口責任者 松本 成昭 ご利用時間 8:15～17:15 ご利用方法 電話：075-406-1314 苦情箱（施設玄関脇に設置）
当法人相談窓口	窓口責任者 ご利用時間 8:00～17:00 ご利用方法 電話：090-4298-9609
各役所 高齢介護保険担当 右京区役所 健康長寿推進課 北区役所 健康長寿推進課 中京区役所 健康長寿推進課	受付時間：月曜日～金曜日8:30～17:00 電話番号：075-861-1416 電話番号：075-432-1364 電話番号：075-812-2566
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日9:00～17:00 電話番号：075-354-9090

6 緊急時及び事故発生時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、京都市、市町村、当該利用者ご家族及び当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行います。当事業所は、利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかにする事とします。但し、事業者・職員の責に帰すべからざる事由によるものにつきましては、この限りではありません。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住所	
	電話番号	

7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	なし	防火扉・シャッター	なし
	避難階段	なし	内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	1箇所		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	右京消防署への届出日：令和 5年 4月 13日 防火管理者： 松本 成昭			

8 法定代理受領サービスに関する同意

ご契約者様は、当事業所が提供する指定通所介護、指定介護予防通所介護について、介護保険法第41条第6項及び第53条第4項の規定に基づき、事業者がご契約者様に代わって介護保険の保険給付（居宅介護サービス費、介護予防サービス費）の支払いを受ける事に同意します。

9 サービス利用に当たっての留意事項

- 健康状態に異常がある場合は、無理に通所する事を避け、その旨を申し出てください。また、利用中の身体の異変等も必ず申し出て下さい。
- サービス利用の際には、介護保険被保険者証、負担割合証を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 当事業所では、お中元・お歳暮等贈り物関係は一切お断りしておりますので、ご了承ください。
- 利用者同士の物品、食品のやり取りはご遠慮ください。
- 常備薬、保険給付の対象となっているサービス以外の介護用品等、管理者及び従業員が必要と認めたものは、ご持参するようにしてください
- 利用者の平等を期する為、同じメニューを複数回行うなどの特別メニューは致しません
- 施設内は利用者様の共有スペースの為、絵画や展示物の持ち込みはご遠慮ください。

10 送迎に関する同意

- 送迎時間に関しましては、交通事情等により若干の変動がございます。その際、大幅に遅れる様であれば、必ずお電話にてご連絡申し上げます。
- 送迎時は、安全の為にシートベルトの着用にご協力お願いしております。
- 送迎時は、やむを得ず急ブレーキをかける事がありますが、ご理解、ご了承をお願いしております。
- 送迎の順序につきましては、出来るだけ近い順番にお送りさせていただきますが、他のご利用者様の身体状況や、体調により変わる事がありますので、ご理解の程よろしくお願い致します。
- ご契約者様の体調不良を除き、準備等が出来ていない場合は、他のご利用者様の迷惑となりますので、長時間お待ちする事は出来ません。ご契約者様、ご家族様のご協力をお願い致します。

リハビリ特化型デイサービススマイルステーション嵯峨の利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

第三者による評価 有 無

説明年月日：令和 年 月 日

事業者	住 所	京都府京都市右京区山ノ内荒木町 11 番地	
	事業者 (法人) 名	株式会社 One STEP	
	事業所名	リハビリ特化型デイサービス スマイルステーション嵯峨	
	(事業所番号)		
	代表者名	山村 允載	印
説明者	職 名		
	氏 名		印

私は、重要事項説明書に基づいて通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

利用者本人	住 所		
	氏 名		印
(署名・法定) 代理人	住 所		
	氏 名		印
	(代筆理由：)

