

重要事項説明書

通所介護

(指定短時間型デイサービス・指定地域密着型通所介護)

アップスフィット広島



アップスフィット広島 重要事項説明書

1 事業所の概要

事業者名	アップスフィット広島	
所在地	広島県広島市南区段原南1丁目3-52-6階	
提供可能な居宅サービス及び 介護保険事業所番号	指定短時間型デイサービス 指定地域密着型通所介護	34A0100345号 3490101452号
管理者・連絡先	管理者氏名	連絡先
	松尾 直	082-569-6155
サービス提供地域及び 定員	広島市南区（似島・金輪島除く）、 広島市中区 広島市西区中広中学校区 定員：1単位、2単位目 各14名 3単位目 地域密着型通所介護 4名 短時間型デイサービス 10名	

2 各サービスの内容

指定 短時間型デイサービス	「指定短時間型デイサービス」は、要支援状態又は事業対象に当たる利用者様が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な機能訓練を中心とした支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持可能を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指していくサービスです。
指定 地域密着型通所介護	「指定地域密着型通所介護」は、要介護状態の利用者様が可能な限りその居宅において、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機能の維持又は向上を目指し、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、利用者様の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者様の家族様の身体的及び精神的負担の軽減を図るサービスです。

3 各サービスにおける職員体制等

サービス種類	管理者等	介護従事者等
指定 短時間型デイサービス	管理者1名	介護職員2名（常勤兼務2名、他送迎時は追加3名） 機能訓練指導員3名（常勤兼務1名、非常勤兼務2名）
指定 地域密着型通所介護	管理者1名	生活相談員1名（常勤兼務1名） 介護職員1名（常勤兼務1名、他送迎時等は追加3名） 機能訓練指導員3名（常勤兼務1名、非常勤兼務2名）

4 営業時間

サービス種類	月 ～ 金（祝祭日含む）
指定 短時間型デイサービス	営業時間8：30～17：30 （サービス提供時間） ① 9：30～10：30 ②11：00～12：00 ② 13：30～16：20
指定 地域密着型通所介護	営業時間8：30～17：30 （サービス提供時間） ① 13：30～16：30

※ 営業日は月曜日から金曜日（祝祭日含む）

※ 年末年始の休業は、12月30日から1月3日まで（5日間）

5 サービス利用料及び利用者負担

- (1) 別紙：利用料金表に記載の費用それぞれとなります。
1割が一般的な個人負担金となりますが、一定所得の多い方は2割、3割負担となります。
- (2) 通常のサービス提供地域（又は送迎地域）以外の地域についてのみ、所定の交通費（実費）が必要となります。
- (3) その他、サービスの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても必要となるものであって、個人の費用負担が適当と認められるものについては実費となります。

支払方法

- A 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。手数料は当社が負担いたします。）
- B 銀行振り込み（20日までに利用者の方がお振り込み願います。手数料は利用者負担となります。）

※利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。介護予防サービス支援計画の作成が間に合わない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町に対して保険給付分（7割～9割）を請求することになります。

※ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、介護予防サービス計画を作成する際に、計画を作成した介護予防支援事業所等の担当者から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

支払方法	口座振替 ・ <u>振込</u>
支払期日	利用分については月末締め、翌月20日までの支払いとします。
振込先	銀行 広島銀行 支店 東雲支店 普通預金 3 1 1 7 5 9 5 口座名義 あいは株式会社 代表取締役 新井 恵

6 当事業所におけるサービス提供方針

- (1) 指定短時間デイサービス・地域密着型通所介護の実施にあたっては、介護予防サービス計画・介護サービス計画のもと、介護予防を図るとともに、利用者の健康寿命の伸長、自立支援、重症化防止の取組を推進し、住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで送ることができるよう支援するものである。
- (2) 指定短時間デイサービス・地域密着型通所介護を行う事業所は、開設事業者とは独立して位置付けるものとし、人事・財務・物品管理等に関しては管理者の責任において実施する。
- (3) 指定短時間デイサービス・地域密着型通所介護の実施にあたっては、関係市町村、地域の医療、保健、福祉サービス等の関係機関との密接な連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図るものとする。

7 サービス提供の記録、短時間型デイサービス計画・通所介護計画の作成等

- (1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めたサービス提供記録書等の書面に必要事項を記入します
- (2) 利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて設定した目標、目標を達成するための具体的なサービス内容、サービスの提供を行う期間等を記載した短時間型デイサービス計画・通所介護計画を作成します。なお当該計画については、作成にあたりご利用者又はそのご家族に説明、同意を得るとともに、作成した当該計画書を利用者に交付および居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所等に提出します。
- (3) サービス提供記録等は、この契約終了後2年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担（1枚10円）によりその写しを交付します。
- (4) サービス利用明細等は、作成完了後5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担（1枚10円）によりその写しを交付します。

8 緊急時等における対応方法

サービス提供中に、利用者の病状等に急変、その他、緊急事態が生じたときは、速やかに主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅介護支援事業所、介護支援予防事業所等に連絡をします。

主治医	病院名	
	名前	
	電話番号	

緊急時の連絡先 (家族等)	名前(続柄)	()
	住所	
	電話番号	

9 事故発生時の対応

- (1) 当該サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者のご家族、利用者に係る介護予防支援事業所又は地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、市町等に連絡を行うとともに、必要に応じた対応を講じます。
- (2) 事故の状況及び事故に際して採った処置、事故の原因調査内容等について記録します。また、管理者を長とする事故発生防止委員会を開催し、事故の原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じるとともに、当該委員会にて調査、検討された内容については、利用者及びご家族等に十分に説明します。

10 損害賠償

- (1) 事業者の故意又は重過失により、事故が発生した場合には、利用者が受けた損害について事業者は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者に故意・過失がない場合には、この限りではありません。
- (2) 前項の場合において、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合には、損害賠償の額を減額することができます。

11 虐待の防止

事業所は、ご利用者への差別の禁止、人権擁護、虐待防止のため、虐待防止にする委員会の定期開催及び担当者への設置、苦情解決対策等における必要な体制整備を行うとともに、職員に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を定期的実施します。また職員又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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、市町村に通報します。

12 ハラスメント対策

サービス利用中に、ご利用者様、ご家族様が職員に対し、暴力やハラスメント行為等を行った場合は、サービス中止し、状況の改善や理解が得られない場合は、契約を解除する場合があります。(職員への暴言や暴力、サービス中に大声や奇声を発する又は物を投げる、壊すや叩くなどの行為、職員への性的ないやがらせなどのセクシャルハラスメント行為、職員への物品販売や営業行為又は金銭の貸貸を申し入れるなどの迷惑行為、職員への宗教的な活動や政治活動、署名活動等の勧誘行為など)

13 感染対策の強化

事業所は、定期的に感染対策委員会を開催し、開催された結果については職員に周知します。また感染症の予防及びまん延防止のために指針を整備し、研修及び訓練を定期的実施します。

14 非常災害時の対応

事業所は、非常災害管理について、非常災害に関する具体的な計画を立案し、非常災害時の関係機関の連絡及び連携体制を整備し、それらを従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を実施します。

15 相談窓口、苦情対応

当事業所のサービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

苦情解決責任者	副部長	岩森 渉
苦情受付担当者	管理者	松尾 直
相談受付担当者	管理者	松尾 直
受付時間	8：30～17：30（月～金）※12/30～1/3は除く	
電話番号	082-569-6155	
相談場所	アップスフィット広島	

○ その他、お住いの公的機関においても、次の機関で苦情申出等ができます。

広島市中区 電話：082-504-2478

広島市南区 電話：082-250-4138

広島市健康福祉局 電話：082-504-2183

広島県国民健康保険団体連合会 電話：082-554-0783

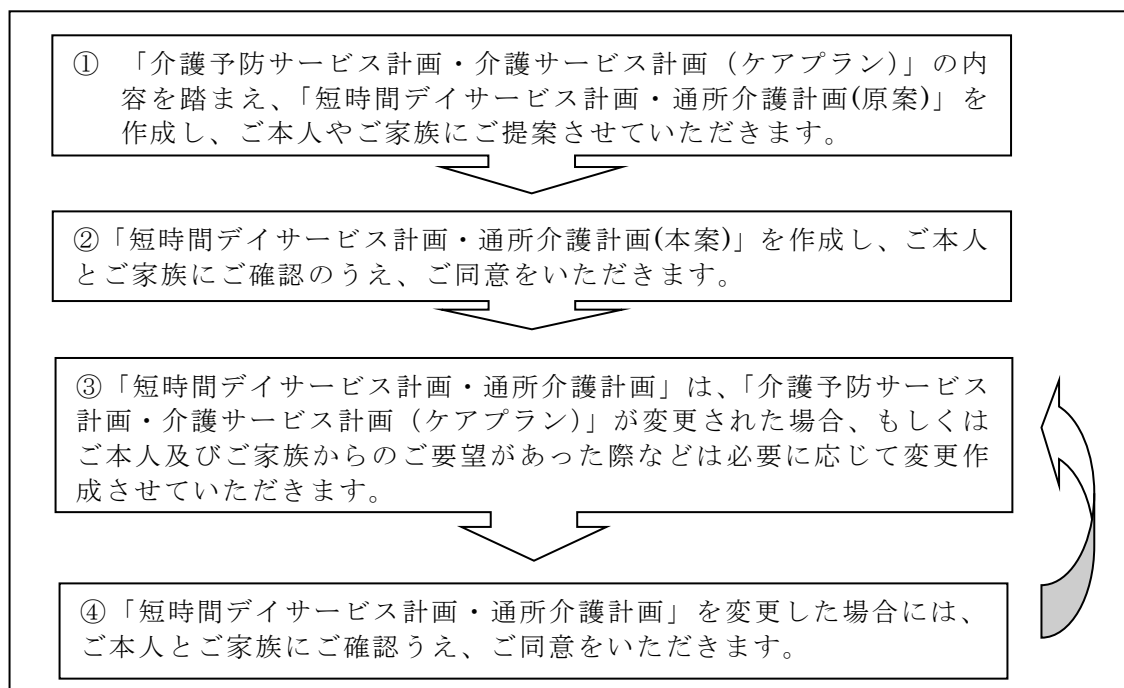
受付：8：30～17：15

16 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施していない。

17 契約締結からサービス提供までの流れ

具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス計画・介護サービス計画」の内容を踏まえ、作成する「短時間デイサービス計画・通所介護計画」に定めま
す。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。



18 運営法人の概要

事業者	あいは株式会社
代表者名	代表取締役 新井 恵
所在地・電話	〒734-0023 広島県広島市南区東雲本町一丁目14番16-1号

19 その他の留意事項

- (1) サービス利用開始時には伝染性病疾患等の有無等のご報告をお願いいたします。
- (2) 機能訓練、送迎等のサービスのご利用にあたって、医師の診断やサービス利用上の留意事項、利用当日の健康状態のご報告をお願いいたします。
- (3) 多額の現金、貴重品等は持ち込まないようにお願いいたします。
- (4) ご利用の予定日に、利用者の都合よりお休みをされる場合は事前に、病状の急変など、緊急やむを得ない場合等は当日に、事業所までご連絡をお願いいたします。
- (5) サービス利用の中止または変更希望等の連絡は、当事業所もしくは介護予防サービス計画（介護サービス計画）を依頼している介護予防支援事業所（居宅介護支援事業所）や地域包括支援センターへのご連絡をお願いいたします。
- (6) 送迎車運行中に、利用者の病状の急変や事故の遭遇など緊急事態が発生した場合は、当方の判断で緊急保護した上、必要な対応をさせていただきます。

サービス利用契約に当たり上記重要事項説明書を説明し、交付しました。

年 月 日

(事業者) 所在地 広島市南区段原南1丁目3-52-6階
事業所 アップスフィット広島

説明者名 _____ 印

私は上記重要事項説明書を交付され、内容の説明を受けこれに同意します。

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所 _____

(続柄：) 氏名 _____ 印

電話 _____

別紙 アップスフィット広島 利用料金表

区分		費用額	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者または要支援1 (1月につき)		1,551単位 (16,207円)	1,621円	3,242円	4,862円
要支援2 (1月につき)	週1回程度	1,551単位 (16,207円)	1,621円	3,242円	4,862円
	週2回程度	3,121単位 (32,614円)	3,261円	6,523円	9,784円
要介護1 (1回につき)		416単位 (4,347円)	435円	869円	1,304円
要介護2 (1回につき)		478単位 (4,995円)	500円	999円	1,499円

※上表の費用額には、各種加算は含まれていません。

【各種加算】※下表 A：事業対象者、要支援1、要支援2(週1回程度)、B：要支援2(週2回程度)、
C：要介護1(月4回程度)、D：要介護2(月4回程度)

加算項目		費用額	1割負担	2割負担	3割負担
個別機能訓練加算Ⅰイ (1回につき) ※C,Dのみ		56単位 (585円)	59円	117円	176円
個別機能訓練加算Ⅰロ (1回につき) ※C,Dのみ		76単位 (794円)	79円	159円	238円
個別機能訓練加算Ⅱ (1月につき) ※C,Dのみ		20単位 (209円)	21円	42円	63円
サービス提供 体制強化加算 Ⅰ (1月につき)	A	88単位 (919円)	92円	184円	276円
	B	176単位 (1,839円)	184円	368円	552円
科学的介護推進体制加算 (1月につき)		40単位 (418円)	42円	84円	126円
介護職員等処 遇改善加算Ⅰ (1月につき 9.2%)	A	154単位 (1,609円)	161円	322円	483円
	B	307単位 (3,208円)	321円	642円	963円

介護職員等処遇改善加算Ⅱ (1月につき9.0%)	C (月4回利用)	175単位 (1,828円)	183円	366円	549円
	D (月4回利用)	198単位 (2,069円)	207円	414円	621円

※費用額は、利用者負担を含んだサービス価格であり、単位で表示しています。また、()内は、短時間デイサービス・地域密着型通所介護の1単位あたりの単価(10.45円)をもとに算定した金額です。

【1ヶ月分の利用料金見込み 区分別】

区分		費用額	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者または要支援1		1,833単位 (19,154円)	1,916円	3,831円	5,747円
要支援2	週1回程度	1,833単位 (19,154円)	1,916円	3,831円	5,747円
	週2回程度	3,644単位 (38,079円)	3,808円	7,616円	11,424円
要介護1 (月4回利用)		2,123単位 (22,185円)	2,219円	4,437円	6,656円
要介護2 (月4回利用)		2,394単位 (25,017円)	2,502円	5,003円	7,505円

上表：短時間デイサービス費・地域密着型通所介護費＋各種加算、地域区分の単価(5級地 10.45円)

短時間型デイサービス各種加算：サービス提供体制強化加算Ⅰ、科学的介護推進体制加算、介護職員等処遇改善加算Ⅰ

地域密着型通所介護各種加算：個別機能訓練加算Ⅰイ・ロ、個別機能訓練加算Ⅱ、科学的介護推進体制加算、介護職員等処遇改善加算Ⅱ

【その他のご利用料金】

- ① 通常のサービス提供地域(又は送迎地域)以外の地域への送迎については、実地地域を超えた地点から片道1キロメートルにつき50円となります。端数を切捨てしているため、月額合計すると1円単位で誤差が出ることがあります。
- ② サービスの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても必要となるものであって、個人の費用負担が適当と認められるものについては実費となります。

