

あいぎ リハビリデイサービスの事業運営に関する 重要事項説明書

1. 事業所の概要

- 事業所の名称 : あいぎリハビリデイサービス
事業所の所在地 : 多治見市赤坂町7-32
営業日 : 月曜から土曜日まで(祝祭日含む)
但し、年末年始を除きます
営業時間 : 午前8:30 から 午後5:30 まで
サービス提供時間: 午前8:45 から 午後4:30 まで
サービス提供地域: 多治見市・可児市・土岐市

職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名	0名	1名
生活相談員	社会福祉士他	1名	1名	2名
看護師	看護師・准看護師	1名	3名	4名
機能訓練指導員	理学療法士他	1名	5名	6名
介護職員	介護福祉士他	3名	9名	12名

2. 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

あいぎ リハビリデイサービス 管理者 三島 TEL 0572-26-8618
FAX 0572-26-8716

多治見市社会福祉協議会 TEL 0572-25-1131

3. サービス内容

介護予防・通所介護計画書に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、アクティビティー
その他必要な介護等を行います。

4. 利用料金

(1) 施設利用料

※ 別紙参照

(2) キャンセル料金

ご都合によりお休みされる時に、事前にご連絡がなかった場合、下記のキャンセル料を
頂きます。キャンセルが必要になった場合は、至急ご連絡ください。

< 連絡先 : 0572-26-8618 あいぎ リハビリデイサービス >

事前にご連絡いただいた場合	キャンセル料なし
事前にご連絡がなかった場合	利用料金の10%

(3) 料金の支払い方法

毎月月末締めとし、利用料金の請求書を郵送致します。

翌月26日(金融機関休業日の場合、翌営業日)に口座引き落としさせていただきます。

記帳名は [SKアクティブライフ または カ)アクティブライフ]です。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

利用契約の上、介護支援専門員の「居宅サービス計画」に沿った「介護予防・通所介護計画書」を作成し、サービス提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合により、サービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の1週間前までに申し出てください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情によりサービス提供を終了させていただく場合、文書により1ヶ月前までに通知します。

③ 自動終了(以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了となります)

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・要介護認定区分が、非該当[自立]と認定された場合
- ・利用者が死亡した場合

④ その他

- ・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、または社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者は文書で解約通知することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず支払わない場合、または利用者や家族が、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。
- ・風邪、病気等の際は、サービス利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合があります。
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合や、ご利用中に体調が悪くなった場合は、入浴や体操などのサービス内容を控えたり、または利用を中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、お迎えをお願いする場合があります。
- ・台風、大雪、大雨などの悪天候に伴い、急な帰宅時間の変更が生じた場合は、ご家族に連絡のうえ、安全に配慮して帰宅時間を早めることがあります。
- ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある感染症が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。
- ・ご利用中における転倒その他の事故防止には充分配慮しますが、歩行その他の行動においては、自立支援の視点から、介助の方法は状況に応じて最小限といたします。
- ・持参する持ち物には全て名前の記入をお願いします。

6. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅支援事業者等へ連絡をいたします。

医療機関名	
主治医氏名	
連絡先	
ご家族 氏名	
連絡先	
主治医への連絡基準	

7. 事故発生時の対応方法

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、居宅介護支援事業者または包括支援センター等に連絡するとともに、必要な処置を講じるものとします。

8. 秘密の保持

業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。

<重要事項確認書>

あいぎリハビリデイサービスは、利用者及び利用者のご家族に対して本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

事業者 あいぎリハビリデイサービス
管理者 三島 由香

本書面に基づいてあいぎリハビリデイサービスから、重要事項の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

<利用者>

住所

氏名

印

<利用者の家族>

住所

氏名

印

(1) 利用料

介護保険適用	利用料金	一割負担分
要支援 1	4,360 円/回 月4回越え17,980 円/月	436 円/回 1,798 円/月
要支援 2	4,470 円/回 月8回越え36,210 円/月	447 円/回 3,621 円/月
要介護 1	6,580 円/回	658 円/回
要介護 2	7,770 円/回	777 円/回
要介護 3	9,000 円/回	900 円/回
要介護 4	10,230 円/回	1,023 円/回
要介護 5	11,480 円/回	1,148 円/回
個別機能訓練加算 I イ	560 円/回	56 円/回
個別機能訓練加算 I ロ	760 円/回	76 円/回
個別機能訓練加算 II	200 円/月	20 円/月
入浴介助加算 I	400 円/回	40 円/回
ADL維持加算 I	300 円/月	30 円/月
ADL維持加算 II	600 円/月	60 円/月
科学的介護推進体制加算	400 円/月	40 円/月
中重度者ケア体制加算	450 円/回	45 円/回
送迎を行わない場合の減算	470 円/片道	47 円/片道
介護職員処遇改善加算 I ①	毎月算定の 5.9%	毎月算定の 5.9%の1割分
介護職員等特定処遇改善加算 I ②	毎月算定の 1.2%	毎月算定の 1.2%の1割分
サービス提供体制強化加算 II	介護1~5 180 円/回	介護1~5 18 円/回
サービス提供体制強化加算 II	要支援1 720 円/月	要支援1 72 円/月
サービス提供体制強化加算 II	要支援2 1,440 円/月	要支援2 144 円/月
介護職員等ベースアップ等支援加算	毎月算定の 1.1%	毎月算定の 1.1%の1割分

(令和6年4月改定)

※上記の介護報酬金額に多治見市(7級地)地域単価10.14円を乗じますので、請求額に多少の差額が発生します。

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

※《介護保険負担割合証》に表示された負担割合になります。

※令和6年6月より①②は、介護職員等処遇改善加算(I)毎月算定の9.2%の1割分に統合されます。

○自費をいただくもの(介護保険適用外)

食事・おやつ代	800円/日
食事のみ(介護予防)	750円/日
オムツ・パッド 代	リハパン ￥100
	紙おむつ ￥100
	パッド ￥50
レクリエーション・行事参加費	適宜実費

令和 年 月 日

氏名 _____ 印 _____