

重要事項説明書(介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業))

1 事業の目的

ベストリハ株式会社が提供する「ベストリハ 西落合」が行う、介護予防通所介護の適切な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護従業者が要支援状態にある高齢者に対し、介護予防通所介護を提供することを目的とします。

2 運営の方針

事業所の介護従業者は、介護認定者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、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家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。

事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域の指定居宅介護支援事業所等と綿密な連絡を図り、総合的な保健・医療・福祉サービスの提供に努めるものとします。

3 介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)を提供する事業所の概要

事業所名	ベストリハ株式会社		
代表者氏名	代表取締役 渡邊 仁		
本社所在地	東京都台東区上野6-16-17 朝日生命上野昭和通ビル6階		
連絡先	電話: 03-6284-4350	FAX: 03-6284-4351	

4 利用者への介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)を提供する事業所の概要

事業所名	ベストリハ 西落合		
介護保険指定事業者番号	13A0400625		
事業所所在地	東京都新宿区西落合4-21-11 グリーンレジデンス西落合1階		
連絡先	電話: 03-6908-2095	FAX: 03-6908-2096	
管理者	米田あかり		
通常の事業の実施地域	新宿区、中野区		
事業所利用定員	33 名		

5 サービスの内容

- 1 当社において、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために日常生活上の世話及び機能訓練を行うサービスです。
- 2 事業所は、次の内容によりサービスを提供します。
- 3 外出支援・外食支援および社会参加支援を機能訓練の一環として推進しており、ご希望があればサービスを提供します。

6 サービス内容区分

- 1 送迎
- 2 生活指導(相談援助等)
- 3 個別機能訓練 日常生活動作訓練(食事動作、入浴動作等を含む)
- 4 口腔機能向上サービス
- 5 介護及び入浴
- 6 レクリエーション
- 7 食事の提供
- 8 健康チェック
- 9 その他

7 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月～土	祝祭日	日曜日
営業時間	8:30～18:00	8:30～18:00	休み

(注)12月30日～1月3日は「休み」となります。

8 サービス提供時間（7時間以上8時間未満）

営業日	月～土	祝祭日	日曜日
提供時間	9:30～16:30	9:30～16:30	休み

上記時間は基本のサービス提供時間となります。送迎の関係で基本時間を変更してサービスを提供させて頂くこともございます。

9 事業所の職員体制

職種	職務内容	人員数		
管理者	職員及び業務の管理	1名		
生活相談員	利用者及び家族からの相談・苦情の対応	1名	以上	内常勤1名以上
看護職員	心身状態を把握し、健康状態に配慮したサービスの提供	1名	以上	ベストリハ訪問看護ステーションとの連携あり
介護職員	介護予防・通所介護計画書に基づいたサービスの提供	2名	以上	内常勤1名以上
機能訓練指導員	個別機能訓練計画の作成・実施	1名	以上	加算算定しない場合を除く

*日勤…8:30～18:00 半日勤…8:30～12:30・13:30～18:00 *月曜日～土曜日交代制週休2日

10 サービス利用料(円)

※別紙参照

11 サービス利用のキャンセル

利用のキャンセルについては、利用者が8:30～9:00までに事業所に通知した場合、利用料等を負担する必要がありません。なお、9:00までにサービス利用のキャンセルを通知しなかった場合、事業者は利用者に対して食事代のキャンセル料を請求させていただきます。

12 サービス利用料支払方法

(1) サービス利用料等の自己負担金は、原則的にA.自動口座引き落としにてお支払頂きますようお願いいたします。

但し、やむを得ない事情がある場合につきましては、B.のお支払方法も受付いたします。

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、翌月所定の振替日(土日祝日の場合は翌銀行営業日)に引落としさせていただきます

B.現金払い(翌月10日前後にご請求をさせていただきます。)

・口座引き落としの手続き完了までの期間及び介護保険上の事情により請求が遅れた場合や、残高不足等の事情により口座振替が出来なかった場合の自己負担金については、現金払いでお願いします

(2) 上記の利用料負担金は、「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。居宅サービス計画(ケアプラン)を作成せずに「償還払い」となる場合には、利用者が事業所に対して自己負担金(10割)を支払い、その後、市区町村に保険給付分(9割または8割または7割)を利用者自身で請求することになります。

* 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は、超えた全額分については全額自己負担となります。

(この場合には、居宅サービス計画書(ケアプラン)を作成する際に介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。)

13 事故発生時の対応

事故防止には最善を尽くします。万が一、事故が発生した場合は以下の点に留意して対応させていただきます。

① 事故が発生した場合、予めお知らせいただいている「緊急連絡先」へ速やかに連絡します。また、必要に応じて地方公共団体など関係機関にも連絡します。

② 事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。また、事故を調査した結果に基づいて、ご家族等にその発生状況やその後の対応について事実を十分に説明します。

③ 事故後の対応にあたっては、ご利用者本人やご家族の気持ちを考え、誠意ある態度で対応します。

④ 利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者に重大な過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除、または賠償額を減額されることがあります。尚、事故発生後の再発防止については是正処置計画を立案し対策を講じます。

14 緊急時等の対応

事業者は、利用者に対するサービスの提供中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。

15 非常災害対策

事業者は、非常災害にそなえて具体的な計画を定め、利用者を対象に年2回以上の避難救出訓練を実施します。

16 注意事項

- ① 利用者様同士の金品の貸し借り、売買行為
- ② 貴重品の持ち込み
- ③ デイサービスの提供飲食物(昼食、おやつ等)の持ち帰り
- ④ 持ち込みでの飲酒・飲食
- ⑤ デイサービス利用時間内の無断外出
- ⑥ 暴言暴行、セクハラ、その他の迷惑行為
- ⑦ 喫煙行為

* デイサービス内で、心地よく過ごして頂くために上記の行動はお控えください

尚、ご相談がある場合は、生活相談員が対応させていただきます。

17 連帯保証人について

連帯保証人は、乙と連帯して本契約にも基づく一切の責めを負う。

乙は、甲から連帯保証人の追加または変更の指示を受けた場合に於いては、遅滞なく必要な手続きをとらなければならない。甲、乙及び連帯保証人は、本契約から生ずる権利義務について、紛争を生じたときは、甲の住所を管轄する裁判所を第1審の裁判所とすることに合意する。

18 第三者評価について

実施の有無	無
-------	---

19 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

ベストリハ	所在地	東京都新宿区西落合4-21-11 グリーンレジデンス西落合1階
西落合	電話番号	03-6908-2095
管理者	FAX番号	03-6908-2096
米田あかり	受付時間	8:30~18:00

当施設以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口、東京都国保連合会等でも受け付けています。

中野区役所介護保険課	電話	03-3228-5629
新宿区役所介護保険課	電話	03-3209-1111
豊島区役所介護保険課	電話	03-3981-1318
東京都国民健康保険団体連合会	電話	03-6238-0177
	電話	

【 2024 年 6 月 1 日 現在 】

10 別紙 介護予防・日常生活支援総合事業(通所型サービス)料金表 【中野区】

1.基本料金

			地域単価		10.9	
介護度	算定回数	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1 事業対象者	1月につき	1,798	19,598円	1,960円	3,920円	5,880円
要支援1 事業対象者	1回数	59	643円	65円	129円	193円
要支援2 事業対象者	1月につき	3,621	39,468円	3,947円	7,894円	11,841円
要支援2 事業対象者	1回数	119	1,297円	130円	260円	390円

* 1月の利用合計単位数に対し、1単位10.90円の計算となります。

* 介護保険適用の場合、上記基本単価の1割・2割・3割がご利用者の負担となります。

* 上記表の金額は、各金額をそれぞれ端数処理しております。そのため、実際の請求金額では一月分の利用合計単位数に端数処理を致しますので、多少の誤差が出る場合がございます。

2.加算料金

加算種別		基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
口腔機能向上加算Ⅰ	月1回程度	150	1,635円	164円	327円	491円
口腔機能向上加算Ⅱ	月1回程度	160	1,744円	175円	349円	524円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	6月に1回	20	218円	22円	44円	66円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6月に1回	5	54円	6円	11円	17円
科学的介護推進体制加算	1月につき	40	436円	44円	88円	131円
送迎減算	片道につき	-47	-512円	-52円	-103円	-154円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1月につき	所定単位数の90/1000				

* 上記加算に関しましては、利用者様・担当ケアマネージャー様とご相談させていただいた上で算定する内容を決めさせていただきます。

3.保険対象外費用

種別	金額
オムツ代(M~Lサイズ)	100円
オムツ代(L~LLサイズ)	110円
パット代	20円
食事代(おやつ代含む)	690円

※上記以外の教材・娯楽費も実費となります。