

重要事項説明書

(地域密着型通所介護 介護予防・日常生活支援総合事業)

Brain&Physical グリーンハウス御願塚

地域密着型通所介護（介護予防・日常生活支援総合事業）重要事項説明書

1 事業者（法人）の概要

名称	介護ジャパン株式会社
代表者名	細田 哲生
所在地・連絡先	(住所) 大阪府豊中市柴原町1丁目5-7 (電話) 06-6857-9119 (FAX)

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	Brain&Physical グリーンハウス御願塚
所在地・連絡先	(住所) 兵庫県伊丹市御願塚8-3-3 (電話) 072-769-8855 (FAX) 072-769-8856
事業所番号	2873303941
管理者の氏名	奥村 浩司
利用定員	18名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務体制	職務の内容
管理者	1	事業所の管理
生活相談員	1 以上	相談・生活指導等
介護職員	2 以上	介護全般
機能訓練指導員	1 以上	機能回復訓練等
看護職員	1 以上	機能・口腔の指導

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	伊丹市
---------	-----

※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

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前8時から午後6時まで
サービス提供時間	午前9時から午後5時まで
休業日	日曜日・1月1日・1月2日

3 サービスの内容及び費用

(1) 運営の方針

事業所の通所介護従事者は、要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、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および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。

(2) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
入浴	利用者の状況に応じて適切な入浴の介助を行うと共に、入浴の自立支援に向けて適切な援助を行います。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立支援に向けて適切な援助を行います。
機能訓練	利用者の心身の状況に適した機能訓練を行い、心身機能やADL、IADLの維持向上を図ります。
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	体温、血圧等を測定し、利用者の状態に応じて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各種ご相談に問題解決に向けて取り組みます。
送 迎	ご自宅玄関から事業所までの送迎を行います。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金に対し、「介護保険負担割合証」記載の割合が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】令和6年4月1日改正（一部令和6年6月1日改正）

(1) 介護保険給付対象サービス

○地域密着型通所介護費（加算・減算は含みません。記載は単位数と10割の報酬額です）

	3時間以上4時間未満	4時間以上5時間未満	5時間以上6時間未満
要介護1	416単位 ・ 4347円	436単位 ・ 4556円	657単位 ・ 6865円
要介護2	478単位 ・ 4995円	501単位 ・ 5235円	776単位 ・ 8109円
要介護3	540単位 ・ 5643円	566単位 ・ 10585円	896単位 ・ 9363円
要介護4	600単位 ・ 6270円	629単位 ・ 10962円	1013単位 ・ 10585円
要介護5	663単位 ・ 6928円	695単位 ・ 12247円	1134単位 ・ 11850円
	6時間以上7時間未満	7時間以上8時間未満	8時間以上9時間未満
要介護1	678単位 ・ 7085円	753単位 ・ 7868円	783単位 ・ 8182円
要介護2	801単位 ・ 8370円	890単位 ・ 9300円	925単位 ・ 9666円
要介護3	925単位 ・ 9666円	1032単位 ・ 10784円	1072単位 ・ 11202円
要介護4	1049単位 ・ 10962円	1172単位 ・ 12247円	1220単位 ・ 12749円
要介護5	1172単位 ・ 12247円	1312単位 ・ 13710円	1365単位 ・ 14264円

○通所型サービス費

基本報酬(1ヶ月につき。)

名称	単位数・報酬額(10割)
通所型サービス費(Ⅰ)	1798単位・18789円
通所型サービス費(Ⅱ)	3621単位・37839円

※別紙料金表をご参照ください。

○加算・減算

加算・減算		単位数	報酬額 (10割)
入浴介助加算(Ⅰ)	○	40単位	418円
中重度者ケア体制加算		45単位	470円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ		56単位	585円
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ		76単位	794円
個別機能訓練加算(Ⅱ)		20単位	209円
同一建物減算	要介護	94単位	982円
	要支援	94単位	982円
	要支援1相当	376単位	3929円
	要支援2相当	752単位	7858円
サービス体制強化加算(Ⅰ)	要介護	22単位	229円
	要支援1相当	88単位	919円
	要支援2相当	176単位	1839円
サービス体制強化加算(Ⅱ)	要介護	18単位	188円
	要支援1相当	72単位	752円
	要支援2相当	144単位	1504円
サービス体制強化加算(Ⅲ)	要介護	6単位	62円
	要支援1相当	24単位	250円
	要支援2相当	48単位	501円
送迎減算(片道)	要介護	-47単位	-491円
	要支援	-47単位	-491円
	要支援1相当	-376単位	-3929円
	要支援2相当	-752単位	-7858円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	○	(1ヶ月の利用合計単位数に乘じる) 9%	

※介護保険ご利用時は上記「利用料」に対して「介護保険負担割合証」記載の割合をご負担頂きます。介護保険負担割合ごとの料金については別紙を参照ください。

(2) 介護保険給付対象外サービス

○ 食材費

食材費には昼食代、おやつ代、弁当(おにぎり)代(延長サービス利用でご希望される方)、があります。材料費の実費が必要となります。

※当日の9時以降のキャンセルに関しては昼食代、おやつ代をご負担いただきます。

○ おむつ代

おむつを使用される方(購入される方)は、おむつ代の実費が必要となります。

○ その他の費用

地域密着型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、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

○ キャンセル料

無料です。

※当日の9時以降のキャンセルに関しては昼食代、おやつ代をご負担いただきます。

(3) 利用料等のお支払方法

お引き落としとなっておりますので、指定口座より引き落としいたします。その他のお支払い方法についてはご相談ください。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

日曜日・1月1日・1月2日 を除く、お盆・祝日休まず

地域密着型通所介護サービスを提供しています。専門的な機能訓練、レクレーション、利用者の個々のニーズに沿った介護サービスを提供いたします。

(2) その他

事項	内容
通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者が、利用者の直面している課題等を評価し、希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し(モニタリング)、その結果を書面に記載し利用者に説明を行い、交付いたします。
従業員研修	事業所内研修 年12回

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 ご利用時間 電話 面接（当事業所相談室） 苦情箱（事務室に設置）	奥村 浩司 9：00～17：00 072-769-8855
伊丹市 健康福祉部地域福祉室 介護保険課	住所 電話 ご利用時間 (土・日・12月29日から1月3日を除く)	行基町1丁目98 サテライト型看護小規模多機能居宅介護さくら内 072-775-2776 8:30～17:00
南地域包括支援センター	住所 電話 ご利用時間 (土・日・12月30日から1月3日を除く)	中央4丁目5-6 特別養護老人ホームオアシス千歳内 072-771-8566 9:00～17:00
兵庫県 国民健康保険団体連合会 相談窓口	住所 電話 受付時間 (土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く)	兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 078-332-5617 8:45～17:15

苦情を受け付けた場合、苦情内容を正確に苦情処理受付簿に記入し、事業所で定めた手続きに基づき、迅速に対応を致します。その後、改善策を講じ、再発防止に努めます。

6 事故発生時における対応方法

事業者は、地域密着型通所介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の後見人及び家族に連絡を行うとともに、利用者に対して応急措置、医療機関への搬送等必要な措置を講じます。発生した事故は、内容によっては基準に基づき、保険者、居宅介護支援事業所への報告を行います。

また、賠償すべき事故が発生した場合に備え、損害保険に加入し速やかにその対応を行います。ただし、事業者に故意、過失がない場合はこの限りではありません。当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

- ・ 加入損害保険会社名：東京海上日動火災保険
- ・ 加入損害保険名：超ビジネス保険

7 緊急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します。

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	

8 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める緊急対応マニュアルに基づいて対応を行います。		
防災訓練及び防災設備	別途定める消防計画に基づいて年3回防災訓練を行います。		
	設備名称	個数等	設備名称
	スプリンクラー		防火扉・シャッター
	避難階段		屋内消火器
	自動火災報知機	1	ガス漏れ探知機
	誘導灯	1	
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。			

9 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には介護保険被保険者証および介護保険負担割合証をご提示ください。
- 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。
- 事業所内の喫煙はご遠慮ください。
- 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。
- 事業所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。

10 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

11 虐待の防止について

事業者は、利用者などの人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を設置します。

虐待防止に関する担当者	奥村 浩司
-------------	-------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

(3) 虐待防止のための指針の整備をします。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に擁護している家族・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、これを市町村に通報します。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護 介護予防・日常生活支援総合事の重要事項及びサービス内容の説明を行い、交付しました。

日付 _____

事業者	住所	大阪府豊中市柴原町1丁目5-7	
	事業者名	ケアウイッシュ株式会社	
	代表者名	細田 哲生	印

説明者	職名	管理者	
	氏名		印

私は、重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護 介護予防・日常生活支援総合事の重要事項及びサービス内容の説明を受け同意し、交付されました。

日付 _____

利用者	住所		
	氏名		印

代理人	住所		
	氏名		印

サービス内容説明書

(地域密着型通所介護 介護予防・日常生活支援総合事業)

Brain&Physical グリーンハウス御願塚

【契約書別紙】サービス内容説明書（地域密着型通所介護 介護予防・日常生活支援総合）
当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1 地域密着型通所介護サービスの内容

曜日（頻度）	時間帯	内容
月曜日		送迎、食事、機能訓練、生活指導、健康チェック、入浴、排泄、レクリエーション等
火曜日		
水曜日		
木曜日		
金曜日		
土曜日		
日曜日	定休日	
不定期		

2 利用者負担額

あなたが支払う利用者負担額は、以下の通りです。

(1) 介護保険適用分(目安)

区分	時間	単位	単価	1回あたりの利用料
地域密着型通所介護費・通所型サービス費	7~8	890単位	×10.45	9,300円
入浴介助加算（Ⅰ）	1回あたり	40単位	×10.45	418円
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（①×0.009）	0	単位	×9	875円
1回あたりの小計（合計単位×単価）				① 9,718円
保険適用分				② 9,533円
その他公費負担分（ / 100）				③ 円
1回あたりの利用者負担額（①-②-③）				④ 1,060円

介護保険適用分の1回あたりの利用者負担額は、1,060 円となります(目安)。

ただし、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
ない場合があります。その場合、利用者は1ヶ月につき利用料の全額をお支払いください。利用料の
お支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険適用外の分

内容		金額
昼食代	1回	750円
おやつ	1回	150円
		円
		円
1回あたりの合計額		900円

介護保険適用外の分の1回あたりの利用料は 900 円(目安)になります。

(3) その他の費用

地域密着型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、利用者の希望により通常のサービス提供
の範囲を超える保険外の費用は、利用者様の負担となります。

3 キャンセル料

無料です。

4 利用料等のお支払方法

お引き落としとなっております。

その他のお支払い方法についてはご相談ください。

- 5 この地域密着型通所介護契約は、指定居宅介護支援事業所 _____ の
介護支援専門員である _____ が利用者様のために作成した居宅サービス
計画（ケアプラン）に従った内容です。