

通所介護サービス重要事項説明書

様

株式会社ミラクルネット
リハライフ市川

初回ご利用日： 年 月 日 () AM・PM

通所介護サービス重要事項説明書

この「重要事項説明書」は「指定通所介護サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準の規定に基づき、通所介護サービス提供契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

1. 通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社ミラクルネット 平成 12年 2月設立
代表者名	代表取締役 田中 司
所在地 (連絡先)	〒162-0822 東京都新宿区下宮比町 2-28 飯田橋ハイタウン 719 TEL 03-5228-5023

2. 利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地

事業所名	リハライフ市川
介護保険 指定事業者番号	設立年月日 平成 24年 4月 1日 1270803305
事業所所在地	〒272-0815 千葉県市川市北方 1-12-9 ジュネス八幡 1階
連絡先 管理者	TEL 047-711-1025 FAX 047-711-1026 メールアドレス gini-m@miraclenet.co.jp 儀仁 誠也
事業所の通常の 事業実施地域	千葉県市川市、千葉県松戸市、千葉県船橋市、千葉県鎌ヶ谷市

(2) 事業所の目的及び運営方針

事業の目的	株式会社ミラクルネットが開設する通所介護サービス リハライフ市川（以下「デイサービス」という。）が行う指定通所介護の事業（以下「事業」という。）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、デイサービスの介護職員その他の従業者（以下「介護職員等」という。）が、介護保険法に従い、高齢者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とします。
-------	--

運営方針	1 デイサービスが実施する事業は、利用者が要介護状態等となった場合においても、可能な限りその居宅において、利用者が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に配慮して、その療養生活を支援し心身機能の維持回復を図るものとします。 2 利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態になることの予防に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行うものとします。 3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。 4 デイサービスに当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。 5 指定通所介護の提供の終了に際しては、利用者またはその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医及び居宅介護支援事業者へ情報の提供を行うものとします。 6 前5項のほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」に定める内容に基づき、事業を実施するものとします。
------	---

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金曜日（但しGW・年末年始および事業所が定めた日を除く）祝日は営業
営業時間	8時30分から17時30分まで サービス提供時間は、1単位目：9時00分～12時15分 2単位目：13時45分～17時00分

(4) 事業所の職員体制

職種	職務内容	人員数
管理者	事務所の職員の管理及び業務の管理を行う	常勤1名
生活相談員	生活相談員業務一般	常勤1名
看護師兼機能訓練指導員	利用者の心身状況の評価および運動内容の処方	常勤1名
介護職員	ADL全般の介助および運動内容の実施、運動指導・介助	常勤2名

*職員は、身分証明書を携帯し、提示を求められた場合は速やかに提示します。

(5) 第三者評価について

当社では実施しておりません。

3. 提供するサービスの内容と料金及び利用料について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービス内容
病状の観察	血圧、脈拍、体温の測定や全身状態の観察等

機能訓練	自己効力感の向上を目標に筋力・バランス機能・柔軟性の向上を図る
排泄の援助	オムツ交換や排泄訓練等（自宅での ADL を考慮する）
介護指導	介護上困っていることへのアドバイス等

(2) 提供するサービスの利用料について

種別	介護度	単位数	自己負担額（1 割）	自己負担額（2 割）
基本料 通所介護Ⅰ （3 時間以上～ 4 時間未満）	要介護 1	370 単位	387 円	774 円
	要介護 2	423 単位	442 円	884 円
	要介護 3	479 単位	500 円	1,000 円
	要介護 4	533 単位	557 円	1,114 円
	要介護 5	588 単位	615 円	1,230 円
個別機能訓練加算Ⅰイ	全要介護	56 単位	58 円	116 円
個別機能訓練加算Ⅰロ	全要介護	76 単位	79 円	158 円
通所介護科学的介護推進体制加算	全要介護	40 単位	42 円	84 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	全要介護	6 単位	6 円	12 円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	全要介護	所定単位数 9.0%を加算		

※1 地域別加算により「1 単位＝10.45 円」となっています。

※2 生活保護等の公費受給者証をお持ちの場合、自己負担金額が軽減できる場合があります。

※3 行事・創作活動等を実施する際、費用を別途頂く場合があります。

1. 利用料その他の費用の請求および支払い方法について

通所介護サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定通所介護が法定代理受領サービスであるときは、その 1 割または 2 割を利用者の自己負担額とします。なお、自己負担割合は、介護保険負担割合証に基づきます。

利用料の支払いを受けた場合は、利用者に対して領収書を交付します。事業者は当月の利用者負担金の請求書に明細を付して翌月 15 日までに利用者に請求し、利用者指定の口座より翌月 27 日に引き落とすものとします。（ただし 27 日が日、祝祭日の場合は翌営業日となります。）

*引き落としが確認できましたら、領収書を発行致しますので必ず保管をお願い致します。（再発行は基本的には致しません）必要な書類等も引き落としが確認できましたら、領収書と一緒にお渡し致します。

*利用料、その他の費用の支払いについて支払期日から 2 ヶ月以上経過し、さらに支払いの督促から 14 日以内にお支払いがない場合は契約を解約したうえで、未払い分をお支払いして頂きます。

<介護保険利用者>

様の通所介護の内容に対する料金、利用料は以下のとおりです。

(介護保険負担割合が 1 割の場合)

サービスの区分および加算		料金	利用回数	利用料 (1 割)
基本料	介護度 (要介護 1)	387 円	4 回	1,548 円
加算料	個別機能訓練加算Ⅰイ	58 円	4 回	232 円
	個別機能訓練加算Ⅰロ	79 円	4 回	316 円
	サービス提供体制 強化加算Ⅲ	6 円	4 回	24 円
	通所介護科学的介護 推進体制加算	42 円	1 回／月	42 円
	介護職員等処遇改善 加算Ⅱ	所定単位数の 9.0%を加算		
			合計金額	2,105 円

(介護保険負担割合が 2 割の場合)

サービスの区分および加算		料金	利用回数	利用料 (2 割)
基本料	介護度 (要介護 1)	774 円	4 回	3,096 円
加算料	個別機能訓練加算Ⅰイ	116 円	4 回	464 円
	個別機能訓練加算Ⅰロ	158 円	4 回	632 円
	サービス提供体制 強化加算Ⅲ	12 円	4 回	48 円
	通所介護科学的介護 推進体制加算	84 円	1 回／月	84 円
	介護職員等処遇改善 加算Ⅱ	所定単位数の 9.0%を加算		
			合計金額	4,210 円

*回数は月によって若干の変化があります。合計金額はおおよその目安です。

【介護保険給付対象外サービスの利用料】

オムツ等 150 円

送迎範囲外の送迎料金 1 k mにつき 35 円 (対象者のみ)

(3) サービス提供に関する相談・苦情について

サービス提供に関する相談・苦情に関しましては国民保険団体連合会・市町村相談窓口にお問い合わせください。	相談担当者名：儀仁 誠也 連絡先電話番号：047-711-1025 F A X 番号：047-711-1026 ◆千葉県国民保険団体連合会 第二業務部介護保険課苦情処理係 連絡先：043-254-7409 利用可能時間：午前 9 時～午後 5 時（土日休業） ◆市町村相談窓口：市川市役所介護保険課 連絡先：047-704-0282（事業推進担当） 利用可能時間：午前 8 時 45 分～午後 5 時 （土日休業） ◆市町村相談窓口：松戸市役所 介護支援課 連絡先：047-366-7067 利用可能時間：午前 8 時 30 分～午後 5 時 （土日休業） ◆市町村相談窓口：船橋市役所 介護保険課 連絡先：047-436-2304 利用可能時間：午前 8 時 30 分～午後 5 時 （土日休業）
--	--

(4) 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者はサービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は利用者から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の家族の個人情報を用いませぬ。事業者は利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

事業者における個人情報保護についての取り扱いについては「株式会社ミラクルネットにおける個人情報の適正な取り扱いのために～個人情報保護規定等～」に則って取り扱うこととします。プライバシーポリシー、個人情報取り扱い業務概要説明書は別紙にて説明し、必要な方には交付

致します。

(5) 緊急時の対応について

サービス提供中に緊急の事態が発生した場合はデイサービスにおける“緊急時対応のマニュアル”にそって対応させていただきます。その際に必要な緊急連絡先を別紙にてご指定ください。夜間、営業時間外の緊急事態におきましては対応しかねますのでご了承下さい。

(6) 家族等への連絡について

利用者より希望があった場合には利用者に連絡するのと同様の通知を家族等へも行います。

(7) 記録の保管について

サービス提供者はサービス提供に関する記録を整備し、契約終了時から2年間保管いたします。また記録物の閲覧および実費を支払っての写しの交付については本人および家族に限り可能です。必要時は、ご相談下さい。

(8) 損害賠償

サービス提供に伴って事業者の明らかな過失により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において利用者に対し、その損害を賠償致します。この契約においてやむを得ず訴訟となる場合は利用者の所在地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所とすることをあらかじめ同意します。(合意裁判管轄)

(9) 留意事項

- ①サービスのキャンセルにつきましては利用者または、家族、ケアマネジャーによりサービス提供日の当日午前8時までにご連絡ください。お申し出のない場合はキャンセル料の支払いを求める場合がございます。ただし、利用者の急変などやむを得ない事情によるキャンセルにつきましてはこの限りではありません。
- ②当事業所では基本的に禁煙とさせていただいており、施設内には喫煙所を設けておりません。禁煙にご理解ご協力のほどよろしくお願い致します。
- ③当事業所施設内においては携帯電話のご使用をご遠慮願います。もし連絡等が必要な場合は施設の電話をご使用下さい。
- ④デイサービスでは随時、在宅ケア従事者の育成のために他施設からの研修生の受け入れにも協力させていただいております。なにとぞ、ご協力のほど宜しくお願い致します。
- ⑤1ヶ月以上休みが続いたときの終了等の手続きについて
1ヶ月以上休みが続いたときは、ご連絡させて頂き契約を継続するかどうかご確認させていただきます。継続が不可能な場合は契約終了とさせていただきますのでご了承下さい。
※また、断続的に欠席が続く場合につきましても、ご利用回数の調整や契約を継続するかどうかを確認させていただく場合がございますのでご了承下さい。

⑥災害時の対応（地震・台風・大雪・警報時など）

地震・台風・大雪・警報時などサービスを継続出来ない気象状況になった場合はやむを得ず、サービスを打ち切りとさせていただく場合がございます。その際にご連絡させていただきますのでご了承ください。

⑦送迎について

利用者が通所に際し、自己における送迎を行う場合は、万一事故に遭遇した時、事業所は一切の責任を負いかねますのでご了承ください。

⑧リハライフに通われている他のご利用者様に対して

様々な疾患や悩み等を抱えてリハビリにいらっしゃる方が多くいます。ご利用者様同士のトラブル回避のために、もし他のご利用者様に対してのご意見等がありましたらスタッフまでお申し付けいただきますようよろしくお願いいたします。
※リハライフをご利用される方からのクレームが出た場合、契約終了とさせていただきます場合がございます。あらかじめご了承ください。

令和 年 月 日

当該事業所は通所介護サービスの提供開始にあたり重要事項説明書に基づき、重要事項を説明しました。

居宅サービス事業者

株式会社ミラクルネット

事業者所在地： 〒272-0815 千葉県市川市北方 1-12-9 ジュネス八幡 1 F

TEL 047-711-1025 FAX 047-711-1026

名 称： 株式会社ミラクルネット リハライフ市川 印

説明者： 儀仁 誠也 印

私は重要事項説明書に基づいて当該事業所から重要事項の説明を受け、交付されました。

※通所に際し、自己における送迎の場合は、十分に注意を払います。また、万一、事故に遭遇した場合は、その原因の如何を問わず一切の責任を自らで負い、リハライフ市川に対する責任の一切を免除します。

利用者

住所

氏名

印

利用者代理人

住所

氏名

印

利用者家族

住所

氏名

印