

介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話：027-381-5201（午前8時30分～午後5時30分）

担当職員： 管理者・生活相談員（小林 極） * ご不明な点は何でもお尋ね下さい。

2. 「リハトレセンターかすみ」の概要

(1) 事業所の指定番号及び送迎実施地域

事業所名：リハトレセンターかすみ

所在地：高崎市浜川町1739-1

介護保険事業者番号：群馬県No. 1070204340 号

送迎を実施する地域：高崎市 前橋市 安中市 榛東村

(2) 職員の体制

	資格	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者		1	0	1	事業所の従事者及び業務の管理
生活相談員	介護福祉士	1	1	2	センターの利用申し込みに係る調整、他の従事者に対する相談助言及び技術指導、通所介護計画の作成等
介護職員		3	0	3	利用者の心身状況の把握、センターでの日常介護等
看護職員	看護師等	0	2	2	利用者の心身状況の把握、健康管理等
機能訓練指導員	看護師等	0	2	2	心身機能の維持・向上のための訓練指導・助言等

(3) センターの設備等

定員：20人/日（午前及び午後 2単位）

機能訓練・談話室(リハビリ室) … 1(139.02 m²) 静養室 … 1 相談室 … 1

事務・休憩室 … 1

(4) 営業時間

月～土曜日午前8時30分～午後5時30分 休館日…日曜日・祝祭日

年末年始(12/29～1/3) 夏季(8/13～8/15)

3. 提供するサービスの内容

(1) 身体の介護に関すること

日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。

ア. 日常生活動作の機能訓練

イ. 健康状態チェック

ウ. その他必要な身体の介護予防

(2) 機能訓練に関すること

体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本動作を獲得するための訓練を行います。

(3) 送迎に関すること

障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者については、送迎サービス提供

します

(4) 相談、助言に関すること

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行ないます。

- ア. 疾病や障害に関する理解を深めるための相談、助言
- イ. 日常生活動作や具体的な介護方法に関する相談、助言
- ウ. 自助具や福祉機器、居住環境の整備に関する相談、助言
- エ. その他在宅生活全般にわたる必要な相談、助言

4 料金体系

介護予防・日常生活支援総合事業利用料			
基本 利用料	週1回ご利用（要支援1程度）		1,798 単位
	週2回以上ご利用（要支援2程度）		3,621 単位
加算	サービス提供体制 強化加算Ⅲ	週1回	24 単位
		週2回以上	48 単位
小計単位数		週1回	1,822 単位
		週2回以上	3,669 単位
加算	介護職員等処遇改 善加算Ⅲ (8.0%)	週1回	146 単位
		週2回以上	294 単位
合計単位数	週1回		1,968 単位
	週2回以上		3,963 単位

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅲは小計単位数に8.0%を乗じたものです。

「自己負担額」：上記「合計単位数」に高崎市の方は10.27円（地域加算）、榛東村の方は10.14円（地域加算）を乗じた金額に対する、それぞれの自己負担割合に応じた金額（1割負担の方は1割、2割負担の方は2割、3割負担の方は3割）。また、高崎市、榛東村以外に住所地がある方は地域加算はありません（10円）。

「実費負担」：実費をご負担いただくのは以下の場合です。

通常の事業の実施地域を超えた地点から、片道概ね10km未満500円、片道概ね10km以上20km未満800円、片道20km以上1,000円をいただきます。

「キャンセル規定」：利用者のご都合でサービスを中止する場合も、キャンセル料はかかりません。

「利用料等の支払方法」

利用した月の末日締切とし、翌月の20日に利用者の指定する郵便局の口座から引き落とします。
なお、引き落としに要する費用については、利用者のご負担とさせていただきます。
領収書等についてはお支払いを受けた後、1週間以内にお渡しします。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

利用者ご本人又はご家族に在所していただき、施設内を見学等された後に、サービス内容をご説明いたします。サービス提供の依頼を受けた後、契約を結び、介護予防通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

* 介護予防支援サービスの作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書によりお申し出下さい。

② 当センターの都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、終了の1カ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

ご利用者が亡くなった場合、介護保険施設等に入所した場合、要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合は、双方の文書がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。

④その他

・ 当センター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、ご利用者やご家族に対して、社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または当センターが事業を停止した場合、ご利用者は文書で通知することによってすぐにサービスを終了することができます。

・ ご利用者がサービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、催促をしたにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはご利用者やご家族が当センターやその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なった場合は、文書で通知することにより、すぐにサービスを終了させていただく場合があります。

6. 当センターの運営方針

当センターの従事者は、要支援状態等の身体の特性を踏まえて、その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て、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の身体機能の向上を図るために、機能訓練等の介護予防その他必要な援助を行います。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、容体の変化等があった場合は、事前の打合せにより、かかりつけ医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者等に連絡します。

8. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者のご家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡すると同時に、必要な措置を講じます
- (2) サービス提供により、賠償すべき事故が生じた場合には、速やかに損害賠償を行います。

9. サービスの内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情担当窓口

当センターのサービスに関するご相談・苦情は、管理者又は下記窓口までお申し出ください。

担当窓口：リハトレセンターかすみ

責任者：相談、苦情窓口係担当者 小林 極（生活相談員：027-381-5201）

(2) その他

当事業所以外に、下記の苦情窓口にご相談することができます。

高崎市 介護保険課 介護サービス担当 電話：027-321-1250

10. 個人情報の取り扱いについて（秘密保持・ご家族を含む）

- (1) 個人情報の収集は、その利用目的の範囲を説明し、同意を得た上で収集します。
- (2) 個人情報の使用は、同意を得た利用目的の達成に必要な範囲内において適正に使用します。
- (3) 同意または依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはいたしません。同意・依頼の下で、個人情報の提供・預託を行う場合においても、提供・預託先が適正に管理するよう監督いたします。

《個人情報を利用させていただく範囲》

- ① リハトレセンターかすみによる適切な介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供のため
- ② 提供したサービスに関する請求業務などの介護保険事務のため
- ③ サービス提供にかかる利用開始・終了手続きなどの管理運営業務のため

- ④ 居宅サービスの適切な提供のための、他の居宅サービス事業者との連携（サービス担当者会議など）、照会への回答のため
- ⑤ 緊急を要する場合の、医師や救急隊への連絡のため
- ⑥ ご家族に対するご本人の心身の状況や利用状況に関する報告のため
- ⑦ 当事業所のサービスの、維持・改善に資する基礎資料(アンケート等)の作成のため
- ⑧ 当事業所で行われる職員研修における事例検討のため
- ⑨ 当事業所で行われる学生等の実習教育のため
- ⑩ 審査支払い機関(国保連)や保険者からの照会など、法令上応じることが義務付けられている事項のため
- ⑪ 外部監査機関・サービス評価機関への情報提供のため
- ⑫ 損害賠償保険・傷害保険等に係る保険会社等への相談・届出のため
- ⑬ その他、特に目的を特定の上、同意を得て収集した個人情報については、その利用目的に沿う範囲

11. 当事業所の概要

名称・法人の種別	医療法人 奏 葉
代表者役職・氏名	理事長 小池 諭
本部所在地	群馬県高崎市浜川町1740番地1

法人の事業

1. こいけ整形外科クリニック
2. リハビリセンターかなは
3. 介護支援センターカンナ
4. リハトレセンターかすみ

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業についての重要事項の説明を受けました。また、個人情報の取り扱いに関しても、十分理解のうえ同意します。

令和 年 月 日

利用者
住 所

.....

氏 名 印

.....

家族(または代理人)

住 所

.....

氏 名