

**リハビリ型デイサービス リハサロン祖師谷**  
**地域密着型通所介護**  
**重要事項説明書**

当事業所は、ご契約者に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、地域密着型通所介護サービスを提供致します。

当事業者の概要や提供されるサービス利用内容の重要事項は、次のとおりです。

\*当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。比較的自立度が高く、杖等を使用しながらも自力で歩行できる方を対象とし、午前／午後（各3時間以上4時間未満）の2部に分かれた機能訓練重視型施設になります。

認定の有無の記載内容確認の為、介護保険被保険者証の原本の確認及び写しを頂きます。

### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	有限会社ハピア
主たる事務所の所在地	〒333-0802 埼玉県川口市戸塚東一丁目4番26号201号室
代表者（職名・氏名）	取締役 河野 哲
設立年月日	平成11年6月23日
電話番号	03-3482-3082（リハサロン祖師谷）

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	リハビリ型デイサービス リハサロン祖師谷	
サービスの種類	地域密着型通所介護	
事業所の所在地	〒157-0072 東京都世田谷区祖師谷六丁目5番8号	
電話番号	03-3482-3082	
指定年月日・事業所番号	平成28年7月1日指定	1391200753
実施単位・利用定員	午前Ⅰ単位 定員10名 / 午後Ⅱ単位 定員10名	
通常の事業の実施地域	通常の事業の実施地域は、事業所より半径3km以内とする。 烏山地域 砧地域一部(祖師谷、千歳台、成城、船橋、喜多見、大蔵、砧、砧公園) 世田谷地域一部(桜丘、経堂) 北沢地域一部(赤堤、桜上水) 玉川地域一部(上用賀)	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市区町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため適切なサービスの提供に努めます。

#### 4. 提供するサービスの内容

地域密着型通所介護は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

\*食事・入浴のサービス提供はございません。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日（祝日を含む） 但し、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間 ※（注）参照	午前の部 午前9時00分から午後0時15分まで 午後の部 午後1時45分から午後5時00分まで

（注）「サービス提供時間」とは、利用者を事業所に迎えてから送り出すまでの時間を言います。

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 1人
生活相談員	常勤 1人以上
介護職員	常勤 1人以上
機能訓練指導員	非常勤 1人以上
看護職員	非常勤 1人以上
歯科衛生士	非常勤 1人以上
管理栄養士	非常勤 1人以上

#### 7. サービス提供の担当者

ご契約者へのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は、下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 森川 千佳子
管理責任者の氏名	施設長 河野 礼子

#### 8. 利用料（3時間以上～4時間未満）

「基本利用料」は、以下の通りです。ご契約者からお支払いいただく「利用者負担金」は、ご利用時の介護保険の負担割合に応じた額となります。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 地域密着型通所介護の利用料

【基本部分：地域密着型通所介護費】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	地域密着型通所介護費			
		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (基本利用料の1割) ※(注2)参照	利用者負担金 (基本利用料の2割) ※(注2)参照	利用者負担金 (基本料金の3割) ※(注2)参照
3時間以上 4時間未満	要介護1	4,534 円	454 円	907 円	1,361 円
	要介護2	5,210 円	521 円	1,042 円	1,563 円
	要介護3	5,886 円	589 円	1,178 円	1,766 円
	要介護4	6,540 円	654 円	1,308 円	1,962 円
	要介護5	7,226 円	723 円	1,446 円	2,168 円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料 (10割)	利用者負担金 (基本利用料の1割)	利用者負担金 (基本利用料の2割)	利用者負担額金(基 本料金の3割)
個別機能 訓練加算Ⅰ	利用者へ機能訓練を行った 場合1日につき	610 円	61 円	122 円	183 円
個別機能 訓練加算Ⅱ	利用者へ機能訓練を行った 場合1日につき	828 円	83 円	166 円	249 円
口腔機能 向上加算Ⅱ	利用者へ個別的な口腔機能 向上サービスを行った場合 1回につき(月2回まで)	1,744 円	175 円	349 円	524 円
栄養改善 向上加算	利用者へ個別的な栄養改善 サービスを行った場合1回 につき(月2回まで)	2,180 円	218 円	436 円	654 円
サービス提供体制 強化加算1	質の高いサービスの提供と 職員のキャリアアップ促進 の評価加算	239 円	24 円	48 円	72 円

科学的介護推進体制加算	自立支援・重度化予防を図る計画を策定する事業所が算定	436 円	44 円	88 円	131 円
栄養アセスメント加算Ⅰ	利用者へ個別的な栄養アセスメントサービスを行った場合	545 円	55 円	109 円	164 円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	利用者へ個別的なスクリーニングサービスを両方行った場合	218 円	22 円	44 円	66 円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	利用者へ個別的なスクリーニングサービスを両方行った場合	54 円	6 円	11 円	17 円
若年認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めた場合	654 円	66 円	131 円	197 円
処遇改善加算Ⅰ 92/1000	介護職員の処遇改善の仕組みを整備した事業所が算定	処遇改善加算以外の加算を含めた総単位から計算			

※利用料（10割）のうち、利用者負担額（2割）の計算方法については、【10割分の額－（10割分の額×0.8（1円未満切捨て））】。  
 ※個別機能訓練加算は、機能訓練指導員が欠員の場合は算定致しません。※各種加算は、有資格者が欠員の場合は算定致しません。  
 （計算例）要介護2、利用回数、加算を全て算定、1割負担の場合（要害後2単位数）×（通所回数）＋各種加算＋処遇改善加算  
 {（個別機能訓練加算＋サービス体制強化加算）×（通所回数）}＋{（栄養・口腔加算）×2}＋科学的介護推進体制加算  
 （処遇改善加算以外の加算を含めた総単位数）＋処遇改善加算料金＝利用者様ご負担額  
 ※計算例は料金表をご参照下さい。

## （2）その他の費用

その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活に必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。
-----	--

## （3）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要としまキャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日17：15まで	0%
利用予定日の当日	利用者負担金100%の額

（注）地域密着型通所介護利用中に体調や容体の急変などでサービス提供に支障があると判断された場合は、サービス提供中止とさせて頂き、ご利用時間に応じて料金を頂く事もございます。（ご担当ケアマネージャー相談の上対応）

#### (4) 支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、毎月15日までに前月の請求書をお渡し（郵送）致します。当月26日までに事業所指定の口座へのお振込みまたは口座引き落としでのお支払をお願いします。（下記）

利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、（入金確認後）10日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月26日（祝休日の場合は直後の平日）までにご契約者が指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月20日（祝休日の場合は直前の平日）までに事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。

#### 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 住所 電話番号 携帯番号	

#### 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

#### 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 03-3482-3082 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	世田谷総合支所 保健福祉課	電話番号 03-5432-2850
	北沢総合支所 保健福祉課	電話番号 03-3323-9907
	玉川総合支所 保健福祉課	電話番号 03-3702-1894
	砧総合支所 保健福祉課	電話番号 03-3482-8193
	烏山総合支所 保健福祉課	電話番号 03-3326-6136
	東京都国民健康保険団体連合会	電話番号 03-6238-0177

## 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

### ①ご利用日の体調管理について

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

### ②送迎時間・場所について

- (1) 予めご契約者のご要望を聞いた上で当事業所にて決定させていただきます。  
\*道路事情により自宅前までの送迎が難しい場合もありますので予めご了承下さい。
- (2) 交通事情により集合時間等の若干の遅延が発生する場合がございますので予めご了承下さい。

### ③服装等、持参品について

- (1) 運動しやすい服装でご参加下さい。
- (2) 運動しやすい靴（上履き）をご持参下さい。
- (3) トラブルを防ぐ為、持ち物には必ず氏名をご記入下さい。
- (4) 飲み物（水）等をご用意させて頂いておりますが、水筒持参でお願いします。
- (5) タオル（ハンドタオル、フェイスタオル等）をご持参下さい。

### ④その他

- (1) 金品や貴重品の管理は行えませんので予めご了承下さい。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。

## 【地域密着型通所介護サービス 利用同意書】

令和 6 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 事業者名：リハビリ型デイサービス リハサロン祖師谷

説明者職：生活相談員

説明者：森川千佳子 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

令和 6 年 月 日

利用者 住所：東京都世田谷区

氏名： 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所：

本人との続柄：

氏名： 印