

デイサービスリハビリいっぽ 江南 重要事項説明書

当施設に於ける通所介護サービス提供にあたり、厚生省令第37号第8号に基づいて
ご利用者様へご説明させていただきます。

1. 事業所概要

事業所名称：デイサービスリハビリいっぽ 江南

サービス種類：地域密着型通所介護サービス

介護保険法に規定する第一号通所事業（現行相当）

指定事業所番号：2393600214

主たる事業所の所有地：江南市飛高町栄22番地

法人名：株式会社 夢工房

代表取締役：日野 和人

電話番号：0587-22-6460 FAX：0587-22-6461

2. 事業の目的と運営方針

目的：株式会社夢工房が開設する、デイサービスリハビリいっぽ 江南が行う指定地域密着型通所介護の事業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、事業所の生活相談員及び介護職員が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適切な指定地域密着型通所介護を提供することを目的としております。

方針：指定地域密着型通所介護の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要介護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の援助を行うことによって、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利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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るものとする。

3. 事業所の営業日・時間

営業曜日 毎週月曜日～金曜日（12月30日～1月3日 休み）

営業時間 8：30～17：30（営業準備及び後片付けの時間も含みます）

サービス提供時間 9：15～16：20

4. 提供するサービスの内容等について

利用者居宅への送迎、健康チェック、入浴、食事等の提供及び介助、排せつ介助、更衣介助、移動、移乗介助、レクリエーション、機能訓練（フィットネス）

5. ご登録について

曜日別での登録制となっております。入院、体調不良、自己都合等にて一定期間利用がない方につきましては、当施設の判断で登録の取り消しを行います。

6. 事業所の利用定員

	(介護予防) 通所介護
7－8時間利用定員	15名

7. 事業所の職員体制（令和6年6月1日現在）

	常勤	非常勤	合計
① 管理者	1名		1名
② 生活相談員（介護兼務）	1名	1名以上	1名以上
③ 介護職員	1名以上	1名以上	1名以上
④ 機能訓練指導員	1名以上	1名以上	1名以上
⑤ 看護師		1名以上	1名以上

③においては管理者・看護師が兼務する。

看護師体制においては、事業所配置以外に訪問看護ステーションいっぽと密接かつ適切な連携を図っています。

8. 利用料 ＜地域区分（6級地）＝1単位 10.27円＞

・記載されているご負担金は、1割負担の場合の金額です。

負担割合証に記載されている割合によりご負担金は異なります。

	7時間以上8時間未満		※入浴介助加算 自身、または介助によって入浴が行えるよう利用者の身体状況や自宅訪問により利用者宅の浴室環境を踏まえ個別の入浴計画を作成し、同計画に基づき入浴介助を行う場合 ※送迎減算 施設が送迎を行わない場合
	単位	ご負担目安	
要介護1	753	774円	
要介護2	890	914円	
要介護3	1032	1,060円	
要介護4	1172	1,204円	
要介護5	1312	1,348円	
入浴介助加算Ⅱ（Ⅰ）	55	57円	
送迎減算(片道につき)	47	-48円	

要支援・事業対象者	単位	ご負担目安
要支援 1・事業対象者（週 1）	1798	1847 円／月
要支援 2・事業対象者（週 2）	3621	3719 円／月
送迎減算(片道につき)	47	-48 円

個別機能訓練加算 I イ（希望者のみ）	単位	ご負担目安	※専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等が機能訓練を行った場合
要介護度 1～5 の加算	56	58 円／1 回	

サービス提供体制加算 II	単位	ご負担目安	※介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 5 0 % 以上の場合
要介護度 1～5 の加算	18	19 円／1 回	
通所型独自サービス提供体制加算 II	単位	ご負担目安	
要支援 1・事業対象者	72	74 円／1 月	
要支援 2・事業対象者	144	148 円／1 月	

介護職員等処遇改善加算 I	総単位	ご負担目安	※介護職員の賃金改善のため、利用者ごとの 1 月の総単位数（上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算）に 9.2%を乗じた基本額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額
要介護 1	92／1000	82 円／1 回	
要介護 2	92／1000	94 円／1 回	
要介護 3	92／1000	107 円／1 回	
要介護 4	92／1000	120 円／1 回	
要介護 5	92／1000	133 円／1 回	
要支援 1・事業対象者	92／1000	131 円／1 月	
要支援 2・事業対象者	92／1000	264 円／1 月	

	単位	ご負担目安
科学的介護推進体制加算	40 単位／月	41 円／月
個別機能訓練加算 II （要介護者のみ）	20 単位／月	21 円／月

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

自己負担項目及び料金	食費：600円（ごはん、汁のみ 200円） おやつ代：50円（希望者のみ） 喫茶代：1杯100円（希望者のみ） おむつ代：（必要時） 紙オムツM／L 100円 リハビリパンツM～L／L～LL 100円 尿取りパット小／大 50円 洗濯代（希望者のみ） 100円 ※上記以外にも必要に応じて、追加実費負担をしていただく事があります。
------------	---

○交通費

通常の事業の実施地域内は無料。

但し、通常の事業の実施地域を超えて行う指定地域密着型通所介護に要した送迎の費用は、通常の実施地域を超えた地点から、1キロメートルあたり50円別途料金が必要となります。

○キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルがされる場合は早急にご連絡ください。

ご利用日の前営業日の17時30分までにご連絡がなかった場合、利用料の金額を請求する場合があります。

9. 健康上の理由による中止

- （1） 風邪等病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- （2） 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族、居宅介護支援事業者に連絡の上、適切に対応します。
- （3） ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族、居宅介護支援事業者に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかにかかりつけ医に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

10. お支払方法について

1か月分まとめてお支払いただきます。

ご利用月の翌月10日付で請求書を発行いたします。

現金払いの方は、請求書発行後お支払ください。又、引き落としの方につきましては、請求書発行月の翌月23日前後（土日祝は後日）に引き落としを行います。

※引き落とし登録料（初回のみ１２０円）及び引き落とし手数料（毎回１５０円）は、デイサービスリハビリいっぱい 江南が負担致します。

11. 非常災害時の対策

非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画書を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年２回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

12. 苦情申立窓口

- ① 当施設の窓口 ご利用時間 月曜日～金曜日（８：３０～１７：３０）
 ご利用方法 電話 ０５８７－２２－６４６０ 担当者：瀬尾・島
- ② 居住地域の各市町村の介護保険担当
 愛知県江南市 ふくし部 介護保険課 電話 ０５８７－５４－１１１１
- ③ 愛知県国民健康保険団体連合会 電話 ０５２－９７１－４１６５

13. 第三者による評価の実施状況

実施日 令和２年１２月２４日

評価機関名 株式会社第三者評価機構

指摘事項 なし

結果の開示 なし

14. 緊急時の対応方法

ご利用者様の主治医又は当事業所の近隣医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

緊急連絡先であるご住所等へも併せてご連絡いたします。

又、当施設サービス時間内においては、万全を期しております。万が一事故が起こった場合、速やかに対応させていただきますが、利用者様に事故状況、原因が起因している場合は、当施設では責任を負いかねることがございますので、ご理解の程宜しくお願い致します。