リハビリ処カーヤ　地域密着型通所介護重要事項説明書

（令和6年6月1日現在）

様

（住　　所）鹿沼市

（連絡先①）

（連絡先②）

1.地域密着型通所介護サービスを提供する事業者について

名称・法人種別	株式会社　lookeyes
代表者職・氏名	代表取締役　見目　澄子
本社所在地	栃木県鹿沼市樅山町606番地2
電話番号	0289－78－5565

2.利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

（1）事業所概要

名称	リハビリ処　カーヤ
所在地	栃木県鹿沼市樅山町606番地2
事業所番号	0990500233
管理者	木村　博幸
電話番号	0289－78－5565 （営業時間外の緊急時）090－2566－0528
送迎サービス対象地域	鹿沼市内 ※送迎車の台数に限りがあるため、送迎に対応できない場合があります。

（2）職員体制表

役職	勤務体制	主な職務内容
管理者	常勤１名	事業所の従業者の管理及び業務の一元的な管理等。
生活相談員	専従１名	通所介護等の利用申込にかかる調整、通所介護計画書等の作成、利用者の日常生活上における必要な相談援助等。
介護職員 または 看護職員	専従 常勤換算１名以上	利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務等。
機能訓練指導員	専従１名以上	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言等。

看護職員、歯科衛生士、言語聴覚士のいずれかを配置した場合は口腔機能向上のための訓練、指導に当たる。

（3） 当事業所の設備等

定員	午前の部：10名 午後の部：10名	静養室	1室
機能訓練室	1室36㎡	相談室	1室
浴室	1箇所	送迎車	3台（車いす非対応）

（4） 営業時間

月曜から金曜　午前8時30分　～　午後5時00分

（5） 休業日

・土曜日・日曜日
・8月13日～8月16日
・12月30日～1月5日
・春分の日
・秋分の日
・災害、荒天等で利用者及び職員の安全が確保できないと判断した時
・感染症の拡大で利用者及び職員の安全が確保できないと判断した時

（6） サービス提供時間

＜午前の部＞　午前8時30分～午前11時40分
＜午後の部＞　午後1時00分～午後4時10分

3．事業の目的及び運営の方針

（1）事業の目的

地域密着型通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所ごとに置くべき従事者（以下「介護従事者」という）が、要介護状態にある高齢者に対し適正な地域密着型通所介護を提供することを目的とする。

（2）運営方針

・事業所の介護従事者は、要介護者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う。また、関係市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。

4．提供するサービス内容

（1）　介護（利用者に添う介護、移動介助等）
（2）　身体・精神機能評価と機能向上のための訓練・指導
（3）　口腔機能評価と口腔機能向上のための訓練・指導
（4）　送迎
（5）　利用者にかかわる相談援助

5．料金

（1）利用料金

①利用料金表（おおよそお目安です）

・地域密着型通所介護費基本部分（3時間以上4時間未満）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	416 単位/回	478 単位/回	540 単位/回	600 単位/回	663 単位/回
利用料	4,160 円	4,780 円	5,400 円	6,000 円	6,630 円
自己負担額（1割）	416 円	478 円	540 円	600 円	663 円
自己負担額（2割）	832 円	956 円	1,080 円	1,200 円	1,326 円
自己負担額（3割）	1,248 円	1,434 円	1,620 円	1,800 円	1,989 円

※体調不良等でやむを得ず 2 時間以上 3 時間未満の地域密着型通所介護を行う場合、基本部分の 70%の単位を算定する。

・加算

サービス項目	科学的介護推進体制加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）
単位数	40 単位/月	22 単位/回
利用料	400 円/月	220 円/回
自己負担額（1割）	40 円/月	22 円/回
自己負担額（2割）	80 円/月	44 円/回
自己負担額（3割）	120 円/月	66 円/回

サービス項目	ADL 維持等加算（Ⅰ）	ADL 維持等加算（Ⅱ）	入浴介助加算（Ⅱ）
単位数	30 単位/月	60 単位/月	55 単位/回
利用料	300 円/月	600 円/月	550 円/回
自己負担額（1割）	30 円/月	60 円/月	55 円/回
自己負担額（2割）	60 円/月	120 円/月	110 円/回
自己負担額（3割）	90 円/月	180 円/月	165 円/回

※ADL 維持等加算（Ⅰ）（Ⅱ）年度ごとの実績に応じてどちらか一方を算定する。算定条件に満たない場合は算定しない。

※入浴介助加算（Ⅱ）は自宅での入浴を可能にする練習として、期間を限定し実施するもので、すべての利用者を対象としない。

サービス項目	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	個別機能訓練加算（Ⅱ）
単位数	56 単位/回	76 単位/回	20 単位/月
利用料	560 円/回	760 円/回	200 円/月
自己負担額（1割）	56 円/回	76 円/回	20 円/月
自己負担額（2割）	112 円/回	152 円/回	40 円/月
自己負担額（3割）	168 円/回	228 円/回	60 円/月

※基本的に個別機能訓練加算（Ⅰ）ロを算定し、人員配置基準を満たさない日のみ個別機能訓練加算（Ⅰ）イを算定する。

サービス項目	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	口腔機能向上加算（Ⅱ）
単位数	20 単位/6 か月	5 単位/6 か月	160 単位/回
利用料	200 円/6 か月	50 円/6 か月	1,600 円
自己負担額（1割）	20 円/6 か月	5 円/6 か月	160 円
自己負担額（2割）	40 円/6 か月	10 円/6 か月	320 円
自己負担額（3割）	60 円/6 か月	15 円/6 か月	480 円

※口腔機能向上加算を算定していない場合、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）を算定する。
※口腔機能向上加算を算定している場合、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定する。
※口腔機能向上加算は月2回を上限に算定する。
※利用料金は所定単位数に、介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）0.092、地域加算（鹿沼市 7 級地）10.14 を乗じた金額とする。
※感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合に、利用者数が減少した月の翌々月から3か月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算する（3%加算）。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要すること、その他の特別の事情があると認められる場合には、当該加算の期間が満了した月の翌月から3か月以内に限り引き続き算定することができる。
※事業所が送迎を行わない場合、片道につき47単位の減算となる。

②その他
介護保険給付対象外のサービス利用料

お茶代	150 円（1 回）	利用料と一緒に請求させていただきます。
連絡帳代※1	150 円（1 冊）	
使い捨て歯ブラシ代※1※2	20 円（1 本）	
紙パンツ代※1	50 円（1 枚）	
おむつパット代※1	50 円（1 枚）	
リハビリパンツ代※1	150 円（1 枚）	
消臭袋※1	30 円（1 枚）	
利用延長料金※3	1,000 円（40 分）	

食事の提供は行いません。
※1 必要に応じて発生する費用であり、全ての利用者にお支払いいただくものではございません。ご自分のものを持参することも可能です。
※2 口腔機能訓練加算を算定している場合は無償提供します。
※3 自費サービスの利用に応じて発生する費用であり、全ての利用者にお支払いいただくものではございません。
（2）キャンセル料
基本的にキャンセル料は発生しませんが、事前に予定がわかっている場合は、できるだけ早めにお休みの連絡をお願いします。お休みが続いたり、頻繁にお休みをしたりする場合は、担当の介護支援専門員に連絡、相談の上、利用を一時中止または終了とさせていただく場合があります。
（3）利用料金の支払方法

毎月10日頃までに前月分をご請求いたしますので、当月の20日までにお支払いください。お支払いただきますと、領収証を発行します。
お支払方法は、現金支払または銀行払込みにてお願いします。払込手数料は利用者負担となります。

＜払込先＞
鹿沼相互信用金庫　南支店
普通　0917012
名義　カ）ルックアイズ

6．サービスの提供にあたって

（1）サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
（2）利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
（3）利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する居宅サービス計画に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、通所介護計画を作成します。なお、作成した通所介護計画は利用者又は家族にその内容を説明いたしますのでご確認いただくようお願いします
（4）サービス提供は、通所介護計画に基づいて行ないます。なお、通所介護計画は利用者等の心身の状況や意向などの変化により必要に応じて変更することができます
（5）介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行ないます。
（6）利用者が病院へ入院、介護施設へ入所した場合は、利用者及び家族の意思に関係なく利用中止となり、長期にわたる利用中止で、利用再開の見込みがない場合は、利用終了となります。また、利用者が死亡の場合はその翌日に利用終了となります。
（7）3か月間一度も利用がなかった場合は利用終了となります。
（8）新規介護認定申請中で、介護区分が確定していない場合、週1回の利用となります。

7．　サービスの利用のための留意事項

（1）痛みがある場合、体調が思わしくない場合、医師から禁止されている事項がある場合、サービス提供中に服薬がある場合は、あらかじめ申告してください。
（2）利用者が機能訓練室等を利用する場合は職員立会いのもとで使用することとします。また、体調が思わしくない利用者にはその旨を説明し安全指導を図り、体調の度合いにより事業所の判断でサービスの提供を中止させていただく場合があります。
（3）機能訓練は医療行及びではありません。疾病の治癒を目的とするものではありません。

（4）持ち物は利用者ご自身での管理になります。紛失、盗難の責任は負えません。貴金属、大金の持ち込みはご遠慮ください。必要に応じて持ち物に記名をお願いします。
（5）利用者同士及び職員への金品（食べ物、飲み物を含む）の授受はご遠慮ください。職員への心付け等は一切お断りします。
（6）食べ物（菓子、飴、ガムを含む）の持ち込みはご遠慮ください。
（7）感染症予防のため、可能な限りマスクの着用にご協力ください。
（8）使用済みのおむつ、リハビリパンツ、尿取りパッド等は消臭袋（有料または持参）に入れて、持ち帰りとなります。
（9）利用者の運転や利用者の家族等の送迎で来所する際に起きた事故、駐車場内での事故の責任は一切負いません。
（10）エッセンシャルオイル（精油）と化粧用油等を使用することがあります。かぶれ、発赤、湿疹、かゆみ等の皮膚症状が出た場合、責任を負えません。オイルの使用を承諾しますか？

はい	いいえ

8．　感染症蔓延防止のための利用中止基準

（1）本人が発症した場合、発症日を0日目とし、翌日から10日間は利用を休止してください。（例：9月1日発症の場合、9月1日を0日目、9月2日が2日目で、9月11日が10日目になります。9月11日は利用休止となります。症状が治まっていても念のため利用を休止してください）
（2）同居の家族が発症した場合、発症者の発症日を0日目とし、翌日から5日間は利用を休止してください。
（3）前日に37．5℃以上の発熱があった場合は、当日解熱していても利用を休止してください。
（4）当日に37．5℃以上の発熱があった場合は利用を休止してください。
（5）倦怠感や咳などの風邪症状、嘔吐、下痢などの症状がある場合は利用を休止してください。

9．　身体拘束等について

・利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。
・緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合、その様態および時間、その際の利用者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録します。

10．　緊急時の対応

（1）鹿沼市消防本部からの要請により、利用者が救急搬送された場合に速やかに救急隊員に情報提供ができるよう、救急医療情報提供シートをあらかじめ作成します。
（2）救急医療情報提供シートの作成にあたり、お薬手帳のコピーをいただきます。服薬の内容が変わりましたら、その都度、お薬手帳をご持参ください。
（3）サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は速やかに救急医療情報シートに記載されている連絡先に連絡します。
（4）非常災害時は、業務継続計画に従って対応し、救急医療情報提供シートに記載されている連絡先に連絡します。

（5）非常災害時の避難所は下記になります。避難後はご家族に迎えに来ていただくことになりますので、あらかじめ場所をご確認ください。

避難所	鹿沼市立北押原小学校
住所	鹿沼市樅山町82

11．　事故発生時の対応

（1）　事業所はサービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
（2）　事業所は前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から5年間保存します。
（3）　事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。なお、当事業所は損害賠償保険に加入しています。

12．　個人情報の使用に係る同意

当事業所は利用者の守秘義務を守りますが、利用者および家族の個人情報を以下に記載する目的において使用することに同意をお願いします。
（1）利用目的
①　利用者に係る居宅サービス計画を立案するためのサービス担当者会議、モニタリング報告での情報提供。
②　介護支援専門員（ケアマネージャー）、地域包括支援センター、他の介護サービス事業所、自治体（保険者）、医療機関、その他社会福祉団体等との連絡調整での情報提供
③　介護保険事務における審査支払機関へのレセプト（介護報酬）の提出
④　損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または提出
⑤　送迎車両の進入許可、駐車許可申請に係る諸葛警察官への提出
⑥　救急搬送時、救急隊員および搬送先の病院への提出
⑦　機能訓練室のテーブル等の名札の掲示
（2）使用にあたっての条件
・個人情報の提供は上記に記載する利用目的の範囲内で、関係者以外に決して漏れることのないよう細心の注意を払う。
・情報を使用した相手方や内容について記録し、請求があれば開示する。

13.　サービス内容に関する相談・苦情

①当事業所の利用者相談・苦情担当

相談・苦情等　窓口担当者	
管理者	木村　博幸
電話番号	0289－78－5565

②当事業所以外に、公的な相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

【市区町村（保険者）の窓口】

鹿沼市役所介護保険課	電話番号	0289－63―2283

【栃木県国民健康保険団体連合会の窓口】

栃木県国民健康保険団体連合会苦情相談窓口	電話番号	028－643－2220

13. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年　　月　　日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿