

デイサービス リハケア茅ヶ崎 重要事項説明書

当事業者が提供する地域密着型通所介護の内容に関し、説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

令和8年1月11日改訂

事業者の名称	亀井工業ホールディングス株式会社
主たる事務所の所在地	神奈川県茅ヶ崎南湖1丁目4番25号
電話番号	0467-86-1111
代表者職	代表取締役
代表者氏名	亀井 信幸
他の介護保険関連事業	特定施設入居者生活介護
事業所の名称	デイサービス リハケア茅ヶ崎
事業所の所在地	茅ヶ崎市幸町5-8 茅ヶ崎メディカルケアセンター202
電話番号	0467-53-9571
管理者	谷川 俊和
介護保険事業所番号	1492400443
指定年月日	令和6年7月1日
交通の便	東海道線茅ヶ崎駅徒歩3分
通常の事業の実施地域	茅ヶ崎市の一部 幸町・共恵・若松町・新栄町・元町・茅ヶ崎・十間坂・本村 松が丘・中海岸・東海岸北・東海岸南・菱沼海岸・白浜町 汐見台・浜須賀・緑が浜・平和町・富士見町・常盤町・旭が丘 美住町・松浪・浜竹・ひばりが丘・出口町・中島・松尾・南湖 浜見平・柳島海岸・柳島・浜之郷・今宿・下町屋・矢畑・円蔵 西久保・萩園・平太夫新田・小桜町・代官町・本宿町・赤松町 小和田・菱沼・松林・室田・高田

2 事業者の職員の概要

職 種	職 務 内 容
管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行い、利用に申込みに係る調整及び地域密着型通所介護計画の作成に当たる。
生活相談員	地域密着型通所介護計画に基づき利用者に対し適切に相談業務を行う。
看護職員	体調管理及び薬の管理や服薬の確認を行い、また地域密着型通所介護計画に基づき、地域密着型通所介護サービスの提供に当たる。
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な能力の減退を防止する為の訓練を行い、また地域密着型通所介護計画に基づき、地域密着型通所介護サービスの提供に当たる。
介護職員	地域密着型通所介護計画に基づき、地域密着型通所介護サービスの提供に当たる。

＊１単位目（午前の部）

職 種	資 格	員 数
管理者	介護福祉士	１人
生活相談員	介護福祉士	１人以上
看護職員	看護師	１人以上
機能訓練指導員	看護師	１人以上
介護職員	介護福祉士 ヘルパー２級	２人以上

＊２単位目（午後の部）

職 種	資 格	員 数
管理者	介護福祉士	１人
生活相談員	介護福祉士	１人以上
看護職員	看護師	１人以上
機能訓練指導員	看護師	１人以上
介護職員	介護福祉士 ヘルパー２級	２人以上

３ 営業日及びサービスの提供時間、営業時間、利用定員

月～金（祝日含む）	１単位目 午前 ９時 00 分 ～12 時 10 分 利用定員 18 人
	２単位目 午後 13 時 20 分 ～16 時 30 分 利用定員 18 人
営業をしない日	土・日・年末年始（12/30～1/3）
営業時間	8 時 30 分～17 時 00 分

４ 地域密着型通所介護の運営の目的・方針

- 地域密着型通所介護事業所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、利用者の意思及び人格を尊厳し、利用者の立場にたった、適正かつ円滑な地域密着型通所介護の提供を確保することを目的とする。
- ご利用者様の生活の質の向上等を図ることができるよう、心身その他の状況及びその置かれている環境に応じて日常生活の世話、機能訓練、創作的活動、レクリエーション等を行います。
- 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関と連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
- 関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする

５ 提供するサービス内容

（１）機能訓練

日常生活動作、歩行訓練等。

- (2) レクリエーション
機能訓練を見越した、集団、個別での体操や利用者の希望にて手芸、工作など。
- (3) 健康チェック、健康相談
来所時のバイタルチェック、サービス提供時間内での投薬介助や身体観察など
- (4) 介護サービス
排泄・移動等の身体介助
- (5) 送迎サービス
デイサービス利用時の送迎をいたします。
- (6) 当事業者の管理者又は生活相談員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通所介護計画を作成します。
居宅介護サービスが作成されている場合には、その内容に沿って作成し、作成したときには利用者または家族への説明をし、同意を得て交付をします。

6 利用料金

(1)

保険給付サービス	事業者の地域密着型通所介護の提供（介護保険適用部分）に際し負担する利用料金額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該サービスが法定代理受領サービスである時は、その 1 割、2 割または 3 割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。			
	サービス提供時間 2単位制(3～4 時間) ①午前の部 9:00～12:10 ②午後の部 13:20～16:30 *5 級地：1 単位＝10.45 円			
サービスの種類	算定単位数	1 割負担金額	2 割負担金額	3 割負担金額
□地域密着型通所介護 (1 回あたり)	要介護 1 (416 単位)	435 円	870 円	1,305 円
	要介護 2 (478 単位)	500 円	999 円	1,499 円
	要介護 3 (540 単位)	565 円	1,129 円	1,693 円
	要介護 4 (600 単位)	627 円	1,254 円	1,881 円
	要介護 5 (663 単位)	693 円	1,386 円	2,079 円
	<input checked="" type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ (56 単位)	59 円	117 円	176 円
	<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (Ⅰ) ロ (76 単位)	80 円	159 円	239 円
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) (22 単位)	23 円	46 円	69 円
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) (18 単位)	19 円	38 円	57 円
	<input checked="" type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) (6 単位) ※サービス提供体制強化加算は、上記ⅠⅡⅢのいずれかの算定、又は算定なしです。また、施設の体制状況により、年度ごとに算定区分が変わる場合があります。変更になった場合は、都度通知します。	7 円	13 円	19 円
	<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算 (60 単位)	63 円	126 円	189 円
共通加算	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ) として、所定単位数の合計に 9.0%の率を乗じた単位が加算されます。 ※上記共通加算は負担割合率により、1 割・2 割・3 割の自己負担となります。			

◎利用者負担算出方法

{(基本単位+加算)×日数+(基本単位+加算)×日数×9.0%}×10.45(地域単価)

$$\begin{aligned}
 &= \boxed{} \text{円 (1円未満切捨て)} \\
 &\quad \boxed{} \text{円} - (\boxed{} \text{円} \times 0.9 \text{ または } 0.8 \text{ または } 0.7 (1\text{円未満切捨て})) \\
 &= \boxed{} \text{円 (利用者負担額)}
 \end{aligned}$$

上記の料金、算出方法はあくまでも目安となるものです。計算にあたり、日数及び、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。

(2) その他の費用(自己負担)

- ① 実施地域以外の交通費（自宅から事業所までの自動車での送迎）

通常の事業の実施地域を越えてから、片道 1 k m 超ごと 30 円

- ② 日常生活費

おむつ代実費

- ③ その他の日常生活費

教養娯楽費（利用者の希望により提供する場合）

(3) キャンセル料

利用予定日の前日の営業時間終了時まで、休みの連絡を頂けない時には介護保険での 100% のキャンセル料を頂く場合があります。

7 サービス内容に関する苦情担当

当事業者の地域密着型通所介護の提供について、苦情を申立てることができます。利用者は当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口

デイサービス リハケア茅ヶ崎	管理者 谷川 俊和	電話 0467-53-9571
神奈川県国保連合会	苦情相談	電話 045-329-3447
茅ヶ崎市役所	福祉部介護保険課給付担当	電話 0467-81-7164

8 緊急（事故）・災害時の対応

利用者の容態急変時・事故の時には、職員のマニュアルに沿って対応する。

別紙（1）参照

火災発生時には、職員がマニュアルに沿って対応する。 別紙（2）参照

いずれの場合にも、利用者の安全を第一とし、速やかに対処するものとする。

年 月 日

(事業者)

地域密着型通所介護の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項の説明を行い、
同意を得て交付いたしました。

所在地 茅ヶ崎市幸町5-8 茅ヶ崎メディカルケアセンター202

名 称 リハケア茅ヶ崎

説明者 印

(利用者)

この説明書により、地域密着型通所介護に関する重要事項の説明を受け、内容に同意し
交付を受けました。

住 所 茅ヶ崎市

氏 名 印

(代理人)

住 所

氏 名 印

別紙 (1)

緊急（事故）時対応マニュアル

容態急変・事故時

発熱-----検温の結果38度以下であれば、水分を多めに摂取させ、クーリングして様子観察を行い、家族へ連絡し、帰宅などの対応を図る。

嘔吐-----口腔洗浄をし、誤嚥、窒息に注意する。安静にし、意識の有無・痛みの有無を確認する。意識消失や痛みの訴えあれば、医師に連絡し指示を仰ぎ対応。またはその状況を確認し、家族へ連絡をし、帰宅などの対応を図る。

下痢-----便の状態、痛みの有無を確認する。痛みあれば医師に連絡する。痛みがない場合は、水分を多めに摂取し様子を見る。

転倒-----打撲の部位、痛みの有無、骨折の有無を確認する。頭部の打撲で意識がない場合は、ただちに救急車を要請する。骨折についても同様とする。意識がある場合は、安静にし、状態を観察する。その際、嘔吐などの有無について注意する。

意識消失----名前を呼んでも覚醒しない場合は、救急車を要請する。身体を強く動かすことはしないよう注意する。呼びかけをくりかえしたり、指先の爪の間に自分の爪をくいこませたりして反応をみる。救急車到着まで特別な場合（看取り等）を除き一時救命処置を行う。

- 家族と事業所との連携を密にするため、連絡帳等を作成し、サービス提供時間内での利用者の状態を報告する。
- 救急車等で搬送する場合は、速やかに家族等関係者に連絡する

別紙（2）

火災時の対応マニュアル

火災発生時

火災報知器を確認のうえ、火災の場所等を確認し、火災通報電話を使用し、消防署へ速やかに通報する。

1名はただちに初期消火をおこなう。

他の職員は、利用者を安全かつ速やかに安全な場所への避難誘導をおこなう。

利用者の人数確認をし、利用者の状態の確認を行う。

利用者の状態に異常が見られる場合は、状態の程度に応じ速やかに対応する。

状態は緊急時対応マニュアルに準ずるものとする。

多数の職員の協力が必要な場合は緊急連絡網により連絡する