

地域密着型通所介護・第1号通所事業サービス
重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して通所介護及び第1号通所事業サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいところを次の通り説明します。

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

事業所名 リハセンター ウェルネス平岸
開設年月日 平成29年7月1日
所在地 〒062-0935
札幌市豊平区平岸5条6丁目1-24 平岸フレンドビル1階
施設面積 60.69m²
電話番号 011-598-0818
開設者 合同会社メディケアイズム 代表社員 浅野 和哉
管理者 浅野 和哉
事業所番号 第0170512602(第1号通所事業)
第0190501965(地域密着型通所介護)

(2) 事業の目的

地域密着型通所介護事業所リハセンターウェルネス平岸は、介護保険法に従い契約者様(利用者様)がその有する能力に応じ可能な限り、自立した日常生活を営むことができるよう地域密着型通所介護及び第1号通所事業サービスを提供します。

(3) 運営の方針

事業所は、利用者様である要介護者等の意思及び人格を尊重し、常に利用者様本位のサービスに努めます。

利用者様の心身の特性を踏まえ、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう適切な介護、機能訓練を行うことにより、利用者様の心身の機能回復、維持を図ります。

事業の実施に当たり、関係市町村、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター、居宅サービス事業者並びに、その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者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。

(4) 施設職員体制

当事業に従事する職員の職務内容は次のとおりです。

職種	常勤	非常勤
管理者	1名(兼務)	
生活相談員	1名	
介護職員	1名(兼務)	
看護職員		1名(兼務)
機能訓練指導員		1名・1名(兼務)

- ・ 管理者：当事業に携わる従業者の管理、指導を一元的に行います。
- ・ 生活相談員：常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者及びその家族からの相談に適切に応じるとともに、利用者の社会生活に必要な相談援

助を行います。

- ・機能訓練指導員：介護計画または利用者個々に作成されたプログラムに基づき、機能訓練の実施及び指導を行います。
- ・介護職員：利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立支援と日常生活の充実に資するよう、介護計画に基づく介護を提供するほか、日常生活上のお世話その他必要な援助を行います。
- ・看護職員：常に利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を講じます。また、介護計画に基づく看護、利用者の健康促進に係る相談等、必要な援助を行います。

(5) 利用日・営業時間

利用日 月曜日～金曜日（12月30～1月3日を除く）

営業時間 9:00～17:30

(6)

1. サービス提供時間と定員

地域密着型通所介護 第1号通所事業	サービス提供時間	定員
	9：10～12：10	15名
	13：40～16：40	15名

2. サービスの内容

(1) 通所介護・機能訓練計画の立案

(2) 機能訓練・脳機能練習

(3) レクリエーション

(4) 日常生活における介助

(5) 送迎（居宅と事業所間の送迎のみ）

送迎可能地域：札幌市豊平区（全域）・白石区・中央区・南区

※送迎が不要な方はご相談ください。ご自身での来所またはご家族での送迎の際の事故等に関しては、事業所は一切の責任を負うことができませんので、ご了承ください。

(6) 生活相談

(7) その他

※ウェルネス平岸では、その人の有している能力を活用し、その人らしい生活が送れるよう活動を促していきます。職員による見守りは行っておりますが、転倒等よきせぬ出来事が発生することも考えられます。迅速な対応を心がけておりますが、ご利用するにあたり、方針のご理解ご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

3. 利用料金 <第1号通所事業> 料金表

総合事業	単位数	1割負担	
要支援1 事業対象者	359	¥364	1回料金・上限3回/月
	1438	¥1,458	月額
要支援2	361	¥366	1回料金・上限7回/月
	2896	¥2,937	月額
口腔機能向上加算Ⅱ	160	¥162	月額
科学的介護推進体制	40	¥41	月額
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	要支援1	88	¥89 月額
	要支援2	176	¥178 月額
送迎減算（要支援1）	47	¥48	片道8回/月まで
送迎減算（要支援2）			片道16回/月まで
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1か月の合計単位数×9.2%		

〈地域密着型通所介護〉 料金表

地域密着型通所介護	単位数	1割負担	
要介護 1	416	¥422	1回料金
要介護 2	478	¥485	1回料金
要介護 3	540	¥548	1回料金
要介護 4	600	¥608	1回料金
要介護 5	663	¥672	1回料金
個別機能訓練加算 (I) 口	76	¥77	1回料金
個別機能訓練加算 II	20	¥20	月額
口腔機能向上加算 II	160	¥162	月2回まで
科学的介護推進体制	40	¥41	月額
送迎減算	47	¥48	片道につき
サービス提供体制強化加算 I	22	¥22	1回料金
介護職員処遇改善加算 I	1か月の合計単位数×9.2%		

※2割・3割負担の方は1割負担のそれぞれ2倍・3倍の負担料金になります。

・その他費用(税込)

- ① おやつ・飲み物 (希望者のみ) 100円
- ② リハパン等 (使用した場合のみ) リハパン1枚200円 パッド1枚 100円

4. 利用料金のお支払い方法

サービスをご利用される方は、原則指定口座より引き落としにてお支払いいただきます。

5. 利用の中止、変更

利用予定日以前にご契約者様の都合によりサービスの利用を中止、変更される場合は当日AM8:00までにご連絡下さい。

6. サービス利用時の持ち物

サービス利用期間中に医療機関等に通院されていて、定時にお薬を服用されている方は、当日服用分(内服薬・外用薬)のみを袋に入れお持ち下さい。

その他、オムツ等外出時に必要な物はお持ちください。

事業所でもオムツ等は用意しておりますが、別途料金が必要になります。(その他費用を参照)

7. 非常災害対策

施設では、利用者様の安全確保という観点から非常災害に備えて、防火設備の設置しております。

※ 防火設備・・・火災報知器・誘導灯・非常照明・消火器等

8. 緊急時の対応

サービスの提供を行っている時間に、利用者様の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに利用者様の家族へ連絡するとともに、協力医療機関又は主治医などに連絡をとる等、必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。

また、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10. 苦情等の申し出について

サービスについてご不明な点、疑問、苦情等がございましたら、書面または職員までお気軽にご相談下さい。

相談受付担当者：浅野 和哉

連絡先： TEL 011-598-0818 FAX 011-598-0817

苦情申し立て機関

・国民健康保健団体連合会

TEL 011-231-5175

11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無：無

12. その他の重要事項

- (1) 施設では感染が蔓延することがないように感染予防に努めておりますが、不測の事態により感染者が発生した場合は、関係機関に連絡をとり、適切な措置を講じます。発生時には、施設職員の指示に従われるようご協力をお願い致します。
- (2) サービス利用者様がサービス提供前後で当該施設以外の店舗をご利用になる場合は、送迎サービスはご利用できません。
- (3) 事業所内への不要な金銭や貴重品の持ち込みはご遠慮ください。
- (4) 事業所内での金銭や食べ物等のやりとりは健康管理・事故防止上、禁止しておりますので、ご遠慮ください。
- (5) 勧誘行為はトラブルの原因になることから禁止しております。

当事業所は、地域密着型通所介護サービス（第1号通所事業）の開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

年 月 日

事業所名（法人） 合同会社メディケアイズム
リハセンターウェルネス平岸

管理者氏名 浅野 和哉

説明者 _____

私は契約書及び本書面により、事業所から地域密着型通所介護サービス（第1号通所事業）について重要事項説明を受け同意いたしました。

年 月 日

利用者 住所 _____

電話 _____

氏名 _____

利用者代理人 住所 _____
(選出した場合)

電話 _____

続柄

() 氏名 _____