

医療法人羊蹄会 デイケアセンターしらゆりの里西春 重要事項説明書

〈2025年 2月 1日 現在〉

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 0568-23-3337 (午前9時～午後5時まで)

担当 宇部 ふみ

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 医療法人羊蹄会 デイケアセンターしらゆりの里西春の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

| | |
|-----------------|---|
| 名称 | 医療法人羊蹄会 デイケアセンターしらゆりの里西春 |
| 所在地 | 愛知県北名古屋市西之保三町地3番地1 |
| 介護保険指定番号 | 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション 2317400519 |
| サービスを提供する対象地域 * | 北名古屋市、岩倉市、清須市、豊山町、稲沢市、一宮市、名古屋市北区の一部(大我麻町、会所町、喜惣治、楠町、南味鏡、苗田町、西味鏡、如意、若鶴町)、西区の一部(赤城町、あし原町、市場木町、浮野町、円明町、歌里町、大野木町、上小田井、上橋町、貴生町、木前町、清里町、城町、砂原町、玉池町、十方町、長先町、中沼町、西原町、野南町、花原町、比良、平出町、平中町、二方町、枇杷島、宝池町、南川町、山田町、中小田井) |

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同センターの職員体制

| 資格・職種 | 常勤 | 非常勤 | 計 |
|-------------|----|-----|----|
| 管理者 | 1名 | | 1名 |
| 医師 | 1名 | | 1名 |
| 理学・作業・言語療法士 | 3名 | 1名 | 4名 |
| 看護師・准看護師 | | 2名 | 2名 |
| 介護職員 | 4名 | 5名 | 9名 |

管理者は施設の管理にあたる。

医師は利用者に対する適切な医療管理にあたる。

看護職員は利用者に対しての看護にあたる。

介護職員は利用者に対しての介護・日常生活のお世話にあたる。

理学・作業療法士は利用者の機能訓練にあたる。

管理栄養士は利用者の栄養管理および栄養指導にあたる。

多職種が協調してサービスにあたります。

(3) 同センターの設備の概要

| | |
|-------------------|----------------|
| 定員 | 47名 |
| 食堂兼機能訓練室 デイルーム | 1室 143.46㎡ |
| 浴室 | 一般浴槽・リフト浴・特殊浴槽 |
| 送迎車 | 4台 |

(4) 営業時間及びサービス提供時間

| | |
|----------|-----------------|
| 営業時間 | 午前8時30分～午後6時00分 |
| サービス提供時間 | 午前9時45分～午後4時00分 |

* 緊急連絡電話 0568-23-3337

* 営業日は月曜日から土曜日まで。ただし、12月31日から1月3日までを除く。

* 日曜日・年末年始・その他法人の定めた休日 があります。

3. サービス内容

- ① 送迎 介護に適した車両でご自宅まで送迎いたします。
送迎は運転手の他、介助のための職員を配置します。
- ② 食事 状態にあわせてお食事(疾病食、きざみ食等)を提供いたします。
- ③ 入浴 毎回健康チェックをし入浴の可否を判断し、介護度にあわせて入浴方法をとります。
- ④ 機能訓練 個人のケアプランに合わせた訓練をいたします。
- ⑤ 生活相談 ご本人・介護者ともに介護などのご相談をいたします。

4. 料金

指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションのサービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示額とし、当該指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションが法定代理受領サービスである時は、介護報酬告示上の額に、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

(1) 利用料金

① 介護予防通所リハビリテーション 利用料(要支援の方)

下記単位数に地域区分(6級地)10.33円を乗じて算出します。

| | 1月あたりの単位数 |
|------|-----------|
| 要支援1 | 2268単位 |
| 要支援2 | 4228単位 |

※ 送迎、及び入浴に要する単位は介護予防通所リハビリテーション利用料に包括。

※ 介護予防通所リハビリテーションは月あたりの料金設定です。

※新型コロナウイルス感染症に対するための特例的な評価として、令和3年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乗せとなります。

| | |
|---------------------|--|
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 562単位/月 |
| ①栄養アセスメント加算 | 50単位/月 |
| ②栄養改善加算 | 200単位/月 |
| ③口腔機能向上加算(Ⅱ) | 160単位/月 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 20単位/回 ①②③を算定していない場合 1回/6月 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 5単位 ①②を算定し③を算定しない場合 もしくは①②を算定せず③を算定している場合 1回/6月 |
| 一体的サービス提供加算 | 480単位/月 |
| 長期利用減算(12月以上利用) | 1月あたり -120単位(支援1) 1月あたり -240単位(支援2) |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位/月 |
| 事業所評価加算 | 120単位/月 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 88単位/月(要支援1) 176単位/月(要支援2) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 72単位/月(要支援1) 144単位/月(要支援2) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 24単位/月(要支援1) 48単位/月(要支援2) |

- ・ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 総単位数×8.6%

※ サービス提供体制強化加算は(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)のいずれかの算定となります

※ 条件を満たした時期の算定になります

② 通所リハビリテーション 利用料(要介護度の方) 大規模型通所リハビリテーション

下記単位数に地域区分(6級地)10.33円を乗じて算出します。

| | 1日あたりの単位数 |
|-------|-----------|
| 要介護度1 | 675単位 |
| 要介護度2 | 802単位 |
| 要介護度3 | 926単位 |
| 要介護度4 | 1077単位 |
| 要介護度5 | 1224単位 |

※ 送迎に要する単位は通所リハビリテーション利用料に包括

入浴介助加算(Ⅰ) 介助浴 1回あたり 40単位/日

リハビリテーション提供体制加算(6時間以上7時間未満) 24単位/回

リハビリマネジメント加算口 593単位/月(6カ月以内)

273単位/月(6カ月超)

短期集中個別リハビリテーション実施加算 110単位/日

生活行為向上リハビリテーション実施加算 1250単位/月(開始月から6月以内)

①栄養アセスメント加算 50単位/月

②栄養改善加算 200単位/回(月2回まで)

③口腔機能向上加算(Ⅱ) 160単位/回(月2回まで)

退院時共同指導加算 600転位/月

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位/回 ①②③を算定しない場合(1回/6月)

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位/回 ①②を算定し③を算定しない場合もしくは
①②を算定せず③を算定している場合
(1回/6月)

科学的介護推進体制加算 40単位/月

移行支援加算 12単位/日

重度療養管理加算 100単位/日

送迎減算 片道につき47単位減算(事業所が送迎を行わなかった場合)

リハビリテーション提供体制加算(6時間以上7時間未満) 1回につき24単位/回

サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位/月

サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位/月

サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位/月

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 総単位数×8.6%

③ 自費利用料(共通:要支援・要介護の方)

- ・ 昼食代 1食あたり ¥696(全額自己負担)

* その他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

* 介護保険適用でも、保険料の滞納により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、当人の介護保険証を発行した市町村の窓口を提供しますと、差額の払戻しを受けることができます。

(2) 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がかかることがあります。

| | |
|--------------------------------|--------|
| ① ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合 * | 無料 |
| ② ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合 | ¥500 |
| ③ ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合 | ¥1,000 |

*ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

(3) 支払方法

毎月、10日から前月分の請求をいたしますので、当月26日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、現金支払い、口座自動引き落としのいずれかをご契約の際に選ぶことができます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

通所リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 健康上の理由による中止

① 風邪などの病気の際は、サービス提供をお断りすることがあります。

② 当日、健康チェックの結果で体調が悪い場合、サービス内容の変更、または中止することがあります。その場合は、ご家族に連絡のうえ、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。その場合は、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。また必要に応じて、速やかに主治医、また歯科医師に連絡を取るなど必要な処置を講じます。

* サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振りかえることができます。但し、定員数分の予約が入っている日には振替えできませんのでご了承ください。

| | | |
|-------|---------|--|
| 緊急連絡先 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | 続柄 | |
| 主治医 | 病院・診療所名 | |
| | 医師名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合(※ この場合、条件を変更して再度契約することができます)
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

i. お客様は、次の事由に該当した場合は、文書で解約を通知することにより、即座に契約を終了することができます。

- ・ 当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・ 守秘義務に反した場合
- ・ お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・ 当センターが破産した場合

ii. 当センターは、次の事由に該当した場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合があります。

- ・ お客様がサービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず10日以内に、支払わない場合
- ・ お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
- ・ お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
- ・ お客様やご家族様等が当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

6. 当センターの特長等

(1) 運営の方針

- ① 通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び通所リハビリテーション計画にもとづき、利用者の心身の機能の回復維持を図り、日常生活の自立に資するように、妥当適切に行います。
- ② 当センターは、通所リハビリテーションの提供を懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対して、療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導または説明を行います。
- ③ 通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対して適切なサービスを提供いたします。特に認知症状態にある要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整えます。

(2) サービス利用のために、従業員への研修を年1回実施します。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 送迎時間の連絡 変更等があるときは前日までにご連絡下さい。
- ・ 体調確認 ご家庭でご本人に変化があるときは、お迎えの時にお話いただくか、連絡帳にご記入下さい。
- ・ 体調不良等による
サービスの中止・変更 前日午後5時までにご連絡下さい。
- ・ 食事のキャンセル ご利用当日来所時までにご連絡下さい。
- ・ 時間変更 前日午後5時までにご連絡下さい。
- ・ 設備、器具の利用 従業員の指示に従ってご利用下さい。
- ・ セクシャルハラスメント 職員に対するセクシャルハラスメント(性的嫌がらせ)には警察への通報やサービス提供中止を含め、厳格に対処いたします。
- ・ 記録の開示 利用者またはご家族の申し立てにより、サービス提供の記録や計画書の内容を開示いたします。
- ・ 貴重品の持ち込み 貴重品や金銭は必要以外は持ち込まないようお願いします。紛失、破損については、責任を負いかねます。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前決めさせていただいた親族、および主治医、救急隊、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

8. 非常災害対策

| | | |
|---------|-------|----------------------|
| ・防災時の対応 | …………… | 防災計画にもとづく法人内自衛消防隊による |
| ・防災設備 | …………… | 火災報知装置、誘導等設備 |
| ・防災訓練 | …………… | 年2回 |
| ・防火責任者 | …………… | 山本 新 |

9. 虐待防止について

当施設では、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①虐待防止に関する専任の担当者を選定しています。 虐待防止担当者:センター長 宇部 ふみ
- ②苦情解決体制を整備します。
- ③従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- ④虐待防止委員会を設置しています。
- ⑤サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに市町村に報告します。

10. サービス内容に関する苦情

① 当センターご利用者相談・苦情担当

担当 医療法人羊蹄会事務局長 山田 靖 電話 0587-66-6655
受付時間 月曜日から金曜日の 9:00~17:00

② 愛知県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室 電話 052-971-4165

③ 当法人以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名

| | | | |
|-------|---------------|----|--------------|
| 北名古屋市 | 高齢福祉課 | 電話 | 0568-23-6111 |
| 岩倉市 | 長寿介護課 | 電話 | 0587-38-5811 |
| 清須市 | 高齢福祉課 | 電話 | 052-400-2911 |
| 豊山町 | 高齢者・介護係 | 電話 | 0568-28-0100 |
| 稲沢市 | 高齢介護課 | 電話 | 0587-32-1111 |
| 一宮市 | 高年福祉課 | 電話 | 0586-73-1019 |
| 名古屋市 | 高齢福祉部介護保険課指導係 | 電話 | 052-972-2592 |

____年 ____月 ____日

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション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ました。

事業者

所在地 愛知県北名古屋市西之保三町地3番地1

名称 医療法人羊蹄会 デイケアセンターしらゆりの里西春

代表者名 医療法人 羊蹄会 理事長 中川 拓

印

説明者 所属 デイケアセンターしらゆりの里西春

氏名 宇部 ふみ

印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受け承しました。

利用者

住所

氏名

印

(署名代行者)

住所

氏名

印

署名を代行した理由