

通所介護及び第一号通所事業

## 重要事項説明書

社会医療法人千秋会  
井野口在宅リハビリテーションセンター西高屋

# 通所介護及び第一号通所事業

## 重要事項説明書

[2024年4月1日現在]

### 1. 通所介護及び第一号通所事業 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会医療法人千秋会
代表者名	理事長 井野口 真吾
事業所所在地	(住所) 〒739-0007 広島県東広島市西条土与丸6丁目1番91号
連絡先	(電話) 082-422-3711 (FAX) 082-422-3714

### 2. 事業所の概要

#### (1) 事業所の名称及び事業所番号

事業所名	井野口在宅リハビリテーションセンター西高屋
所在地・連絡先	(住所) 〒739-2125 広島県東広島市高屋町中島641-2 (電話) 082-430-8601 (FAX) 082-430-8602
事業所番号	3472503170
管理者の氏名	河野 麻由美

#### (2) 事業所の職員体制

- 管理者 1人（常勤）
- 生活相談員 2人以上（常勤1人以上、非常勤1人以上）
- 介護職員 2人以上（常勤1人以上、非常勤1人以上）
- 機能訓練指導員 2人以上（常勤1人以上、非常勤1人以上）
- 看護職員 1人以上（常勤1人以上、非常勤1人以上）
- 栄養職員 1人以上（非常勤1人以上）
- 事務職員 1人以上（非常勤1人以上）

#### (3) 職員の勤務体制

従業者の職種等	サービス提供日時	営業日時
管理者	月曜、火曜、水曜、木曜、金曜、土曜 1単位：9:30-16:30 2単位：9:00-12:00 3単位：13:30-16:30	月曜、火曜、水曜、木曜、金曜、土曜 8:30-17:30

	年末年始（12月30日から翌年1月3日）、盆（8月13日～8月15日）は除く	年末年始（12月30日から翌年1月3日）、盆（8月13日～8月15日）は除く
生活相談員	〃	〃
看護職員	〃	〃
介護職員	〃	〃
機能訓練指導員	〃	〃
管理栄養士	〃	〃
事務員	〃	〃

#### (4) 事業の実施地域

通常の実施地域	東広島市の一部（西条、八本松、高屋、福富、黒瀬、志和、河内（宇山、小田は除く））とする。単位2、単位3においては東広島市の一部（西条、八本松、高屋、河内（宇山、小田は除く））とする。 ※上記地域以外に利用希望者がいた場合等、希望者と相談の上、実状を考慮し利用の可否について決定する。
---------	--

### 3. サービスの内容及び費用等

事業者が設置する事業所に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

#### (1) サービス内容等

保険の種類	介護保険（介護認定者に限る）
サービス内容	個別リハビリ、集団リハビリ、物理療法、自主練習、健康チェック、栄養改善サービス、口腔機能向上サービス等、食事、入浴、
サービス提供スタッフ	管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、管理栄養士
送迎	有（利用者宅と事業所との往復） ※送迎が不要な場合は予めお申し出ください。

#### (2) 費用

##### 【通所介護】

項目	単位
半日型（単位②③）（3時間以上4時間未満） 要介護1	358 単位/回
半日型（単位②③）（3時間以上4時間未満） 要介護2	409 単位/回
半日型（単位②③）（3時間以上4時間未満） 要介護3	462 単位/回
半日型（単位②③）（3時間以上4時間未満） 要介護4	513 単位/回

半日型（単位②③）（3時間以上4時間未満） 要介護5	568 単位／回
1日型（単位①）（7時間以上8時間未満） 要介護1	629 単位／回
1日型（単位①）（7時間以上8時間未満） 要介護2	744 単位／回
1日型（単位①）（7時間以上8時間未満） 要介護3	861 単位／回
1日型（単位①）（7時間以上8時間未満） 要介護4	980 単位／回
1日型（単位①）（7時間以上8時間未満） 要介護5	1097 単位／回
入浴介助加算 I	40 単位／日
入浴介助加算 II	55 単位／日
個別機能訓練加算 I（イ）	56 単位／日
個別機能訓練加算 I（ロ）	76 単位／日
個別機能訓練加算 II	20 単位／月
栄養アセスメント加算	50 単位／月
栄養改善加算	200 単位／回
口腔栄養スクリーニング加算 I	20 単位／回
口腔栄養スクリーニング加算 II	5 単位／回
口腔機能向上加算（I）	150 単位／回
口腔機能向上加算（II）	160 単位／回
科学的介護推進体制加算	40 単位／月
送迎減算	-47 単位／片道
サービス提供体制強化加算（I）	22 単位／回
サービス提供体制強化加算（II）	18 単位／回
サービス提供体制強化加算（III）	6 単位／回
介護職員等処遇改善加算（I）	所定単位数の 92/1000 加算

### 【第一号通所事業】

項 目	単 位
通所型サービス費 事業対象者・要支援1	1,798 単位／月
通所型サービス費 事業対象者・要支援2	3,621 単位／月
通所型サービス費 事業対象者・要支援1 日割り	59 単位／日
通所型サービス費 事業対象者・要支援2 日割り	119 単位／日
栄養アセスメント加算	50 単位／月
栄養改善加算	200 単位／回
口腔栄養スクリーニング加算 I	20 単位／回
口腔栄養スクリーニング加算 II	5 単位／回
口腔機能向上加算（I）	150 単位／回
口腔機能向上加算（II）	160 単位／回
一体的サービス実施加算	480 単位／月
送迎減算	-47 単位／片道
サービス提供体制強化加算（I）要支援I	88 単位／月

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援Ⅱ	176 単位／月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）要支援Ⅰ	72 単位／月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）要支援Ⅱ	144 単位／月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援Ⅰ	24 単位／月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援Ⅱ	48 単位／月
科学的介護推進体制加算	40 単位／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 92/1000 加算

※介護保険法により定められた方法により、1 単位 10.14 円で 1 ヶ月間計算し、そのうち、1 割、2 割もしくは 3 割がご利用者様のご負担となります。

**利用料＝単位数×利用回数×10.14 円×10%、20%もしくは 30%**

### 【送迎】

通常の事業の実施地域を超えて行う通所介護及び第一号通所事業に要した送迎費用は、実施地域を超えた地点から自宅まで次の額を徴収させていただきます。

区分（片道の距離）	交通費
3. 5km未満	150円
3. 5km以上4. 5km未満	200円
4. 5km以上5. 5km未満	250円
5. 5km以上6. 5km未満	300円
6. 5km以上7. 5km未満	350円
以下、1km増すごとに50円を加算する。 ※消費税は別途徴収する。	

### 【その他費用】

- 食事の提供に要する費用については、**990 円／日**を徴収する。なお、食事のキャンセルは理由にかかわらず前日 15：00（前日が休みの場合は前々日の 15：00）までに行わなければ全額徴収するものとする。
- おむつ代については実費を徴収する。
- その他、指定通所介護及び第一号通所事業において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用については実費を徴収する。
- 利用料等の支払を受けたときは、利用料とその他の費用（個別の費用ごとに区分）について記載した領収書を交付する。
- 指定通所介護及び第一号通所事業の提供に際し、利用者又はその家族に対して、当該サービスの内容及び費用に関し事前に文書で説明した上で、支払いに関して同意を受けることとする。
- 費用を変更する場合には、あらかじめ、前項と同様に利用者又はその家族に対し事前に文書で説明した上で、支払いに関して同意を受けることとする。
- 法定代理受領サービスに該当しない指定通所介護及び第一号通所事業に係る利用

料の支払いを受けた場合は、提供した指定通所介護及び第一号通所事業の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付する。

### (3) 利用料等のお支払方法

毎月 10 日以降から前月分のご利用料の請求を致します。お支払いは原則口座振替でのお支払いをお願いいたします。口座振替日は毎月 27 日（休業日は翌営業日）です。口座振替の手続き中などやむを得ない場合のお支払いは、銀行振込、現金払いのいずれかをご利用ください。

#### 【振込先】

広島信用金庫西条支店  
普通預金口座（店番 034 口座番号 0479943）  
口座名義 社会医療法人千秋会

## 4. 事業の目的

社会医療法人千秋会が開設する井野口在宅リハビリテーションセンター西高屋（以下、「事業所」という。）において実施する指定通所介護（第一号通所）事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業の円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態（第一号通所事業にあつては要支援状態又は事業対象者）（以下「要介護状態等」）の利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な事業の提供を確保することを目的とする。

## 5. 事業所の運営方針

介護保険法及び関係法令、その他契約の履行に関する事項に従い、事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

## 6. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所ご利用者様の 相談窓口	相談窓口	井野口在宅リハビリテーション センター西高屋
	担当者	河野 麻由美（管理者）
	ご利用時間	8：30 ～ 17：30
	ご利用方法	面談 電話：082-430-8601 FAX：082-430-8602 電子メール：n-dayservice1@inokuchi.or.jp
東広島市介護保険課	〒739-8601	東広島市西条栄町 8 番 29 号 本館 2 階

	ご利用時間 8:30 ~ 17:15 電話：082-420-0937 FAX：082-422-6851
広島県国民健康保険団体 連合会 介護保険課	〒730-8503 広島市中区東白島町 19 番 49 号 電話：082-554-0783 / FAX：082-511-9126

## 7. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかにご利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等へ連絡をします。

### 【主治医】

医療機関名 及び 所在地	〒
氏 名	
電話番号	

### 【緊急連絡先（家族等）】

氏名（続柄）	( )
住 所	
電話番号	(自宅) (携帯)

## 8. 災害時等の対策

### (1) 非常時の対応

別途定める消防計画等に基づき対応します。

### (2) 避難訓練

別途定める消防計画等に基づき行います。

### (3) 防災設備

消火器、自動火災報知設備、誘導灯、排煙設備

## 9. 虐待防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

### (1) 虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止に関する担当者	管理者 河野 麻由美
-------------	------------

### (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従

業者に周知徹底を図ります。

- (3) 虐待防止のための指針の整備をします。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 10. サービス利用に当たっての留意事項

- ・ サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- ・ 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- ・ 敷地内での喫煙はご遠慮ください。
- ・ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・ 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

## 11. 個人情報の使用について

契約書別紙『個人情報使用同意書』のとおり

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、指定通所介護及び第一号通所事業のサービス内容及び重要事項、個人情報の使用について説明し同意をいただきました。この重要事項説明書は、本証 2 通を作成し、利用者、事業者各署名押印して 1 通ずつ保有します。

年 月 日

事業者 住所 〒739-0007  
広島県東広島市西条土与丸 6 丁目 1 番 91 号  
事業者（法人）名 社会医療法人千秋会  
代表者名 理事長 井野口 真吾

説明者 職名  
氏名

私は、重要事項説明書に基づいて、指定通所介護及び第一号通所事業のサービス内容及び重要事項、個人情報の使用についての説明を受け、本件について同意致します。

利用者 住所  
氏名

代理人（選任した場合） 住所  
(代筆者)  
氏名  
(本人との関係： )

家族代表者 住所  
氏名  
(本人との関係： )



# 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報<sup>※1</sup>については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

## 1. 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画等に沿って円滑にサービスを提供する為に実施されるサービス担当者会議<sup>※2</sup>、介護支援専門員と事業所<sup>※3</sup>との連絡調整等において必要な場合

## 2. 使用する事業者の範囲（居宅サービス計画等に定められた事業所）

区分（支援・サービス）	所在地	事業所名
通所介護	東広島市高屋町中島 641 番地 2	井野口在宅リハビリテーションセンター西高屋
第一号通所事業	東広島市高屋町中島 641 番地 2	井野口在宅リハビリテーションセンター西高屋

## 3. 使用する期間

契約で定める期間

但し、期間満了日の7日前までに文書による同意終了の申し出がない場合には、本同意書は同一条件で更新されたものとし、以後も同様とします。

## 4. 使用に当たっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。
- ③ 第三者への提供
  - ・ ケアプランの中で利用するサービス事業所への提供
  - ・ 国保連合会へ介護報酬の請求のための提出
  - ・ コンピューターの保守のためのデータ提供
  - ・ 提供の手段又は方法として、手渡し、郵送、FAX、電話、電子メールなどを用いる。
  - ・ その他、緊急を要するときに必要と認められる場合。
- ④ 場合によっては、本人の申し出により第三者への提供を差し止めることができる。

## 5. 個人情報の内容

- ・ 氏名、生年月日、年齢、住所、健康状態、病歴、家族状況等事業者が通所介護及び第一号通所事業を行うために、最低限必要な利用者や家族の個人情報
- ・ その他個人が特定できる情報

上記内容以外に特に必要な情報については本人又は家族に了承を得る。

※1「個人情報」とは、利用者個人及び家族等の代理人に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

※2「サービス担当者会議」とは利用するサービスの担当者、本人、家族と共に利用者の自立支援の目的を達成するために話し合う場をいいます。

※3「事業所」とは、訪問介護、訪問看護、通所サービス、短期入所、福祉用具などの事業所、医療機関、行政機関等をいいます。

以上

