

リハビリデイ輝き通所型サービス（第一号通所事業） 重要事項説明書

令和5月6月1日より

1、事業の目的

社会福祉法人聖寿会が開設するリハビリデイサービスセンター輝き（以下「事業所」といいます。）の従業員は、介護保険法令の趣旨に従って、要支援等の状態にある高齢者の心身の状態を踏まえ、自立した日常生活を営むことができるよう、各種サービスの提供により、社会的孤立感の解消や心身機能の維持向上を図り居宅での生活を維持できるように支援することを目的とします。

2、事業所の概要

名称	リハビリデイサービスセンター輝き		
所在地	奈良県橿原市雲梯町28		
連絡先	0744 (26) 2622	F A X	0744 (26) 2623
管理者	山田 善宏		
営業日	原則として月曜日から金曜日まで。ただし、12月31日から1月3日までを除く。		
営業時間	原則として午前8時から午後5時まで		
サービス提供時間	1単位目	8時30分～12時00分まで	
	2単位目	13時00分～16時30分まで	
利用定員	1単位目	20人	
	2単位目	20人	
緊急連絡先	電話	0744 (24) 5551	
	原則として24時間連絡可。特に深夜は、電話に応答するまで呼び出し続けてください。		
営業区域	橿原市		

3、法人の概要

事業者名	社会福祉法人 聖寿会		
所在地	奈良県橿原市雲梯町28番地		
連絡先	電話	0744 (24) 5551	F A X 0744 (24) 5555
法人種別	社会福祉法人		
代表者名	理事長	南 儀 行	
法人の行う他の事業			

- ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム かなはし苑）
- ・短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護
（ショートステイかなはし苑）
- ・介護老人保健施設（リンク橿原）
- ・短期入所療養介護、介護予防短期療養介護（ショートステイリンク橿原）
- ・通所リハビリ、介護予防通所リハビリ
（リンク橿原通所リハビリセンター）
- ・通所介護、第一号通所事業（かなはし苑デイサービスセンター）
- ・通所介護（リハビリデイサービスセンター輝き）
- ・指定居宅介護支援（かなはし苑居宅介護支援事業所）

4、当事業所の従業員、職務内容等

管理者1名（事業所の従業員及び業務の管理を一元的に行う）
従業員1人以上（通所型サービス計画に基づいて適切な通所型サービスを提供する）

5、事業内容等

機能訓練（日常動作訓練）レクリエーション、送迎サービス、生活指導（相談援助等）、介護サービス（移動や排泄の見守りサービス）、健康状態の確認。

6、利用料

通所型サービスを提供した場合の利用料の額は、「重要事項説明書（別紙）」に記載のとおりとします。

7、事業の実施地域

原則として、奈良県橿原市とします。

8、私物に関して

- (1) 原則として、貴重品はお持ちにならないで下さい。自己管理できない場合がありますので、お小遣いもできるだけ少額にしてください。
- (2) 衣類は、汚染した場合、原則としてそのままお返し致しますが、汚れがひどい場合、帰宅時間までに時間があれば下洗い致します。それが原因で、脱色や縮み等が発生する場合がありますが、ご容赦下さい。
- (3) 私物には必ず名前を記入してください。セーター等、名前の書きにくい物は、裏に当て布をして記入してください。衣類の紛失には万全の注意を払いますが、汚染したり、他の利用者の方が間違っ持ち帰られる可能性もあります。当方も出来るだけその様な事のない様努めますが、万一の場合はご容赦下さい。又、あまり高価なものは、身につけてお越しにならない様お願いいたします。

9、健康診断書の提示

本サービスを受ける前に、利用者の健康診断書を提示して頂きます。診断書の様式は別に定めます。又、継続利用される場合は、原則として年1回、体調の急変等で当施設が必要と判断した場合は、都度診断書の提示を求めます。健康管理、施設内感染、体調の急変時の対応に必要なものですので、宜しくお願いします。但し、当施設の嘱託医の判断により、サービスが受けられない場合があります。

10、サービスの中止

当施設にお越しになられても、職員が体調をチェックし、体調が悪いと判断しますと、利用者とは相談のうえ、入浴等のサービスを中止させて頂く場合があります。又、普段と比べ、体調が悪い時や車酔いされた時は、必ず申し出て下さい。

11、秘密の保持及び個人情報の保護

当事業所の従業者は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は保証人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙1のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。

12、緊急時、事故発生時の対応

当事業所は、通所型サービス提供中に利用者の病状の急変が生じた場合、事故が発生した場合、その他必要な場合は、速やかにかかりつけ医又は協力医療機関と連絡を取る等、必要な措置を講じます。また家族、緊急連絡先等に直ちに連絡します。

13、非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、又消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行っています。その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

14、虐待防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じます。

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとし、）を定期的に開催するとともに、その結果について、事業所の従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において、事業所従事者等に対し、虐待の防止のための研修を定期的
に実施します。
- (4) 前各号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

2. 前項各号は、令和6年3月31日までに運用を開始するものとし、

15、ハラスメント対策

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとし、

16、提供するサービスの第三者評価の実施状況

未実施

17、賠償保険

契約書第20条の場合、当法人は下記保険に加入しています。

加入保険名 社会福祉施設総合賠償共済制度団体契約 「しせつの共済」
損害保険ジャパン日本興亜株式会社

18、重要事項説明書の変更

この「重要事項説明書」は、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、作成しています。よって、上記法令等の改正に伴い、都度内容を変更します。内容を変更した場合は、改正された「重要事項説明書」により説明します。

19、サービスの苦情相談窓口

当法人は、提供したサービスに、利用者からの苦情の申し立てや相談があった場合、できる限り速やかに対応します。サービス提供に関しての苦情や相談がある場合には、下記の相談窓口までご連絡下さい。

- 窓 口：リハビリデイサービスセンター輝き

住 所：奈良県橿原市雲梯町28

責任者：管理者

担当者：相談員

TEL 0744 (26) 2622

FAX 0744 (26) 2623

受付時間は、午前8時から午後5時までです。

- 介護保険の苦情や相談に関しては、他に下記の窓口があります。

(通所型サービスの苦情について)

(通所型のサービスの質や契約上のトラブルについて)

- ・ 橿原市役所 長寿介護課

TEL 0744(22)4001

受付時間 午前8時30分～午後5時15分

- ・ 奈良県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情処理窓口

TEL 0744(29)8319

リハビリデイ輝き通所型サービス（第一号通所事業） 重要事項説明書（別紙）

令和6年10月1日より

1 利用料

リハビリデイ輝き通所型サービス（第一号通所事業）を提供した場合の利用料の額は、次のとおりです。

(1) 保険適用部分

①基本料（1回につき）送迎代を含む（4時間未満）

区 分	4時間未満
チェックリスト該当・要支援1・要支援2 (週1回程度)	2727円 (269単位)
チェックリスト該当・要支援2 (週2回程度)	2808円 (277単位)
運動器機能向上加算 (1ヵ月につき)	2281円 (225単位)
リハビリテーション 職員配置加算	507円 (50単位)
介護職員処遇改善加算 (I) I (1ヵ月につき)	1561円 (154単位)
(II) I	1521円 (150単位)
(III) I	1358円 (134単位)
(週1回程度) いずれかのみ	
介護職員処遇改善加算 (I) II (1ヵ月につき)	3194円 (315単位)
(II) II	3133円 (309単位)
(III) II	2778円 (274単位)
(週2回程度) いずれかのみ	
サービス提供体制強化加算	
(I) (1ヵ月につき)	892円 (88単位)
(II)	730円 (72単位)
(III)	243円 (24単位)

※事業所が送迎を行わない場合（片道につき）－476円（－47単位）

介護保険が適用された場合、利用者負担は、櫃原市の地域区分が「7級地」であるため、単位数に10.14円を乗じた金額となっています。自己負担は、料金の一部負担となります。

上記金額は、1回（1ヵ月）あたりの目安を表示したものです。合計で計算した場合、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。

負担割合証の負担割合に応じた利用者負担になります。

(2) 保険適用外料金

- ① おやつ代 100円/回
- ② 飲み物代 100円/日（希望者のみ）
- ③ おむつに関しては、持参頂くか、必要であれば実費で提供します。種類が多いです。価格は事務所でご確認下さい。

- ④ その他日用品（タオル、歯ブラシ、シャンプー等）や嗜好品も希望されますと、実費にてご用意します。
- ⑤ サービス計画の回数を越えての利用を希望される場合は、実費にて利用できません。ご相談ください。

(3) キャンセル料

利用契約書第 11 条第 4 項のキャンセル料は、次のとおりとします。サービスの取り止めが必要になった時は、できるだけ早く、ご連絡下さい。

- ・ご利用になる前日の午後 5 時までにご連絡いただいた場合。無料
 - ・ご利用になる当日の午前 9 時までにご連絡いただけない場合。自己負担分。
- 但し、入院等のやむを得ない事情のある場合はこの限りではありません。

2 料金及び内容の変更

この「重要事項説明書（別紙）」は、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、作成しています。よって、上記法令等の改正に伴い、都度料金を変更します。料金及び内容を変更した場合は、改正された「重要事項説明書（別紙）」により説明します。

令和 年 月 日

通所型サービス（第一号通所事業）提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所型サービス（第一号通所事業）の提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

氏名 _____ 印

事業者	所在地	奈良県橿原市雲梯町 2 8	
	法人名	社会福祉法人 聖寿会	
	名称	リハビリデイサービスセンター輝き	印
	代表者名	南 儀 行	

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印