



重要事項説明書



リハビリ重点型デイサービス リハカフェ

リハビリ重点型デイサービス リハカフェ 指定地域密着型通所介護 重要事項説明書

当事業所は利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供するサービスの内容を次の通り説明します。ご不明な点は何でもご遠慮なくご相談ください。

1. 事業者

法人名称	Root Labo 株式会社
代表者氏名	代表取締役 大熊 猛史
法人所在地	大阪府堺市堺区大仙中町1-7
連絡先	電話番号／FAX番号 072-248-4020
設立年月日	平成27年4月1日

2. 事業所の概要

事業所の名称	リハビリ重点型デイサービス リハカフェ
事業所の種類	指定地域密着型通所介護事業所 ※当事業所は以下の加算対象サービスを実施しています。 ① 個別機能訓練加算ⅠⅠ ② サービス提供体制加算Ⅲ ③介護職員処遇改善加算Ⅱ
管理者	吉次 美里
開設年月日	平成27年8月1日
介護保険指定事業者番号	堺市指定 No. 2776002707
事業所の所在地	大阪府堺市堺区大仙中町1-7
連絡先	電話番号／FAX番号 072-248-4020
通常の事業実施地域	堺区内及び送迎可能な隣接した地域 ※送迎が不要な場合は、この限りではありません。
利用定員	午前10名 午後10名 (介護予防通所サービス利用者、事業対象者も含む)
事業所窓口の営業日及び 営業時間	月～金曜日 8:30～17:30
定休日	土・日曜日 年末年始12/30～1/3
サービス提供日および サービス提供時間	月～金曜日 午前の部 9:00～12:15 定員10名 午後の部 13:30～16:45 定員10名
事業所が行っている 他の業務	指定介護予防通所介護事業 堺市指定No. 2776002707

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	在宅の要介護状態の高齢者に対し、指定地域密着型通所介護サービスを提供することによって、高齢者の自立生活の助長、社会的孤独感の解消、心身機能の維持向上を図るとともに、その家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
運営方針	利用者の持つ能力に応じた自立した生活を送るために、必要な機能訓練や介護を行い、また個々の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供を行う。また、他の関係機関との連携をとり、円滑なサービス提供などが行えるように努める。

4. 職員の配置状況（指定地域密着型通所介護サービス） ※令和6年7月1日～

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職務内容	常勤	兼務	非常勤	計	指定基準
管理者	管理・運営	1名	1名	0名	1名	1.0
生活相談員	調整・相談援助	1名	1名	0名	1名	1.0
看護職員	看護業務	0名	0名	0名	0名	0
介護職員	介護業務	1名	0名	0名	1名	1.0
機能訓練指導員	機能訓練指導	1名	0名	1名	2名	1.0

5. 当該事業所が提供するサービスの内容について（契約書第3条参照）

サービス内容は、介護支援専門員の作成した「居宅サービス計画」に沿って、「地域密着型通所介護計画」を作成し、利用者及び家族に説明し、下記のようなサービスを提供します。

（１）通所介護計画の作成

ケアプランに基づき、利用者の意向や心身の状況等の確認を行い、目標・サービス内容を定めた通所介護計画を作成します。またその内容を利用者又はご家族に説明し、同意を得たうえで交付致します。

（２）送迎

デイサービスと自宅までの送迎をいたします。

※ご自身で来所、帰宅される場合は利用料金が一部減額となります。

（３）運動機能訓練・日常生活動作訓練

利用者の要望や状態に応じ、個別機能訓練計画を作成し、実施します。

（４）健康チェック

来所の際、血圧測定等バイタルチェックを行います。

（５）日常生活上のお世話（移動・移乗介助、排泄介助）

必要に応じて送迎場面や施設内での移動・移乗介助を行います。

また、ご自身でトイレに行けない場合や何らかの手助けを必要とする場合、介助をさせていただきます。

6. 利用料について

(1) 介護保険対象サービス（契約書第4条、第6条参照）

別紙の料金表によって、利用者の要介護度に応じた自己負担額をお支払いください。なお、上記サービスについては、利用料金の7割、8割または9割（介護保険負担割合証に記載）が介護保険から給付されます。

《特記事項》

- ※ 介護保険からの給付額（負担割合）に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。
- ※ 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅介護サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いに必要な手続きはお手伝い致します（証明書の発行等）。
- ※ 介護報酬の改定や情勢などにより、介護保険サービスにかかる費用や料金が変わることがありますので予めご了承ください。その際は改めて説明をさせて頂き、承諾をいただきます。
- ※ 利用者の心身状況等により、当日サービス提供時間が短縮された場合は、利用料を変更いたします。

2時間以上3時間未満…基本利用料の70/100
2時間未満…キャンセル扱い

(2) 介護保険外サービス費用（契約書第5条、第6条参照）

下記の利用料金については当施設独自のサービスで、利用された場合のみ利用者の負担となります。利用希望は契約時に確認致しますが、中途変更も可能です。その他必要費用が生じた場合は、説明し同意を得たうえで徴収いたします。

身体組成チェックサービス（税込） （INBODY ：高精度体成分分析装置）	INBODY測定のみ	1回 550円
	INBODY測定・個別指導 ※詳細は保険外サービス契約書を参照	1ヶ月 6,644円～
喫茶・おやつ代（税込）	飲み物のみ 165円 / おやつのみ 220円 飲み物・おやつ 385円 (1回あたり)	

7. その他の費用について（契約書第6条、第7条参照）

交通費（課税・税込）	通常の事業実施地域以外の送迎を行う場合、交通費の実費を請求致します。	
キャンセル料	利用予定日の前日 17:30 までに申し出があった場合	無料
	前日 17:30 までに申し出がなかった場合	1,500円

上記の通り交通費及びキャンセル料を設定させていただきます。

キャンセルの予定につきましては、可能な限り速やかなご連絡にご協力ください。

期日を過ぎたキャンセルであっても、後日振り替え利用が成立した場合にはキャンセル料は請求致しません。

8. 利用料金・その他の費用の請求及びお支払方法について（契約書第6条参照）

前記(1)及び(2)の料金・費用は、利用月ごとの合計金額により請求致します。

請求書は、利用明細を添えて翌月10日までに利用者にお渡しします。お支払いいただきますと領収書を発行します。

お支払方法は原則的に口座振替でお願いいたします（引落日：月末27日）。

止む無き場合はその他の方法（振込払い等）でも対応いたしますので、お申し付けください。

原則、利用月の翌月末までのお支払いをお願い致します。

お支払いが支払い期日より1ヵ月以上遅延し、支払いの催告から14日以内に支払われない場合は契約を解約したうえで未払い分をお支払いいただくことになります。

9. 秘密の保持と個人情報の保護について（契約書第10条参照）

《利用者及びその家族に関する秘密の保持について》

事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らすことはありません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

《個人情報の保護について》

事業者は利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の個人情報を用いません。事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

10. 高齢者・障がい者への虐待防止

- (1) 高齢者・障がい者への虐待の発生を未然に防止するための指針を定めます。
- (2) 虐待防止委員会および責任者を設置します。委員長：吉次美里
- (3) 虐待防止委員会や研修会を定期的で開催し、従業者への周知徹底を図ります。
- (4) 事業所内で虐待もしくは虐待と疑われる事案を発見した場合は、速やかに市町村担当窓口へ通報します。
- (5) 本指針は利用者や関係者が閲覧できるよう事業所内に掲示します。

11. 身体拘束等の禁止

利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、従業員が利用者の身体拘束や、その他行動を制限する行為を行うことを禁止します。

12. 事故発生・急変時の対応方法

当事業所が利用者に対して行う地域密着型通所介護サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族及び担当介護支援専門員等の関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者の主治医または協力医療機関に連絡します。また、発生状況や処置・経過について記録し、予防策の検討及び堺市へ報告致します。

主治医	主治医氏名	
	所属医療機関名称	
	住所及び電話番号	TEL
救急搬送希望 医療機関	主治医氏名	
	所属医療機関名称	
	住所及び電話番号	TEL
ご家族等	氏名	(続柄)
	住所及び電話番号	TEL
協力医療 機関	病院名	医療法人いずみ会 阪堺病院
	所在地及び電話番号	大阪府堺市堺区大浜北町1-8-8 072-233-6745

※ご家族等の連絡先は、説明同意欄にて個人情報の使用同意の署名・捺印を頂きます。

13. 非常災害対策

防災の対応	消防計画に基づき、速やかに消火活動等に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
防災設備	防火管理者を選任し、消火設備、必要設備を設けます。
防災訓練	消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、職員および利用者が参加する避難訓練消火通報を年間計画で実施します。

14. 業務継続計画の策定

- (1) 感染症や非常災害発生時においても事業を継続するため、また業務が中断した場合でも早期再開を図るための計画を策定し、非常時には計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し業務継続計画を周知徹底し、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の検証・見直しを行い、必要に応じて計画の変更を行います。

15. サービス提供における相談・苦情について（契約書第20条参照）

苦情または相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。

相談担当者は把握した状況を管理者へ報告するとともに、必要に応じて関係者への連絡調整を行い、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

- (1) 当事業所のサービス提供に関する相談・苦情窓口

担当者 大熊 猛史

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

堺市 健康福祉局 長寿社会部 介護保険課		所在地：堺市堺区南瓦町3番1号 堺市役所本館7階 電話番号：072-228-7513
堺区	堺保健福祉総合センター 地域福祉課	所在地：大阪府堺市堺区南瓦町3-1（堺市役所本館2階） 電話番号：072-228-7477
西区	西保健福祉総合センター 地域福祉課	所在地：西区鳳東町6丁600（西区役所内） 電話番号：072-275-1918
北区	北保健福祉総合センター 地域福祉課	所在地：北区新金岡町5丁1-4（北区役所内） 電話番号：072-258-6771
中区	中保健福祉総合センター 地域福祉課	所在地：中区深井沢町2470-7（中区役所内） 電話番号：072-270-8195
南区	南保健福祉総合センター 地域福祉課	所在地：南区桃山台1丁1-1（南区役所内） 電話番号：072-290-1812
東区	東保健福祉総合センター 地域福祉課	所在地：東区日置荘原寺町195-1（東区役所内） 電話番号：072-287-8112
美原区	美原保健福祉総合センター 地域福祉課	所在地：美原区黒山167-1（美原区役所内） 電話番号：072-363-9316
大阪府国民健康保険団体連合会 （介護保険室 介護保険課）		所在地 大阪府大阪府中央区常磐町1-3-8中央大通り FNビル内 電話番号 06-6949-5418

16. 損害賠償保険への加入（契約書第12条参照）

当事業所は、利用者に対して行った通所介護サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。また、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	福祉事業者総合賠償責任保険特約
補償の概要	身体・財物に対する賠償

17. その他ご利用上の留意事項およびお願い

☆ご利用時には室内用シューズをお持ちいただき、可能な範囲で動きやすい服装でお越しください。
(靴・衣服のお預かりは致しかねます。)

☆当事業所が行うデイサービスの利用時間および送迎中の金品に関する管理はいたしません。また金品の紛失および盗難に関しても一切の責任を負いかねますのでご了承ください。(金品はできるだけお持ちにならないでください。)

☆当施設内での利用者の物品などの貸し借りは禁止となっております。

☆利用者またはご家族からの金銭・物品・飲食の授受は致しません。

☆当施設は全館禁煙となっております。

☆当事業所は、利用者様のサービス提供に関する情報公開を実施しておりますので、必要な時はお申し付けください。

(コピーなどに要する費用は実費徴収いたします)

☆デイサービスのご利用に関しては、定員枠があり、ご利用者さまのご利用を前提(予約制)として人数制限をしておりますので、可能な限りの出席をお願い申し上げます。病気・怪我などによる止むを得ない理由以外の休みが続く場合は、ご利用をお断りすることがございます。

☆当事業では様々の心身状態を有する方が同時に利用をされますので、お互いに配慮をいただけるようご協力をお願い申し上げます。

18. 重要事項の説明年月日

この重要事項の説明年月日	令和	年	月	日
--------------	----	---	---	---

様の指定地域密着型通所介護サービスの提供開始にあたり、契約書および本書面に基づき重要な事項の説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府堺市堺区大仙中町１－７
	法人名	R o o t L a b o 株式会社
	代表者名	大熊 猛史 ㊞
事業所	事業所名	デイサービス リハカフエ
	管理者名	吉次 美里 ㊞

私は地域密着型通所介護サービスの利用に際し、本事業者から重要事項についての説明を受け、その内容を承諾いたしました。

利用者	住所	
	氏名	(印)

家族代表	住所	
	氏名	(印)

代理人	住所	
	氏名	(印)