

重要事項説明書

(指定通所介護事業)

リハビリデイサービスももほ

重要事項説明書

リハビリデイサービスももほ（指定通所介護事業）

指定通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 指定通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 彩生会
代表者氏名	理事長 當銘 春夫
所在地 電話番号	沖縄県那覇市字安里51番地 TEL 098-868-0100

2 利用者に対してサービス提供を実施する事業所について

（1）事業所の所在地等

事業所名称	リハビリデイサービスももほ
事業所所在地	沖縄県那覇市字安里51番地
連絡先	098-868-1003
事業所の通常の事業の実施地域	那覇市
利用定員	1単位 40名

（2）事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護者に対し、機能訓練、健康管理等のサービスを提供し、利用者の自立支援、社会的孤立感の解消及び心身機能の向上を図るとともに、ご家族の身体的・精神的負担の軽減を図り、利用者が可能な限り居宅において自立して暮らし続けることを事業の目的とします。
運営の方針	①利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。 ②利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。 ③利用者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の提供に努めます。

(3) 営業日・営業時間及びサービス提供時間

営 業 日	月曜日から金曜日まで（祝日も営業）
休 業 日	土曜日、日曜日、年末年始（12月31日～1月3日）
営 業 時 間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前10時00分から午後4時00分まで

(4) 事業所の職員体制

職 種	職 務 内 容	人員数
管 理 者	1. 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2. 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3. 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得、交付します。 4. 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。	常勤 1名以上
生活相談員	1. 利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び介護に関する相談及び援助などを行います。 2. それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	常勤 1名以上
看護職員	利用者の心身の状況に応じた健康管理を行います。	1名以上
介護職員	通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	6名以上
機能訓練指導員	通所介護計画に基づきその利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行います。	2名以上

3 提供するサービスの内容について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
通所介護計画の作成	1. 利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した通所介護計画を作成します。 2. 通所介護計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者に説明し同意を得た上で、交付します。 3. 事業者は、通所介護計画の実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成し、利用者に説明します。
健 康 管 理	看護職員により、脈拍、血圧、体温等全身の観察を行い、サービス利用中の健康管理を行います。
機 能 訓 練 等	通所介護計画に基づき計画的に適切な機能訓練を実施し、身体機能の低下防止と日常生活を可能な限り自立して過ごすことができるよう支援します。
日常生活上の世話	介助が必要な利用者に対して、排泄等の介助を行います。 室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
利用者居宅への送迎	事業所の送迎車両により、利用者の居宅と事業所間の送迎を行います。
相 談 サ ー ビ ス	利用者またはご家族からの介護等に関する相談に応じます。

4 サービスの利用料、利用者負担額（介護保険適用）、支払方法等について

※別紙 1 参照

5 サービスの提供にあたって

- ①サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- ②利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。
- ③利用者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただきますようお願いいたします。
「通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

6 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ①事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ②事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ①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等において、利用者の個人情報を用いませぬ。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等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- ②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。

7 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医等に連絡を取るなどの必要な措置を講じるものとします。

※主治医

氏 名		医療機関名		
所在地			電話番号	
救急搬送先				

8 事故発生時の対応方法について

事業所は、サービスの提供にともなって、事故が発生した場合は、利用者の家族、市町村、利用者に係る居宅介護支援事業者等へ連絡を行う等必要な措置を講じるものとします。

前項の事故が事業所の責に帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償するものとします。

但し、利用者に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができるものとします。

9 非常災害対策

- ①非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、利用者に対して、年2回以上の避難訓練、救出訓練等その他必要な訓練を実施します。
- ②管轄の消防署との連携を密にし、消火器等による初期消火訓練活動に重点をおいた定期的な防火訓練を行います。
- ③事業所における消火設備及び器具等の定期的な点検を行います。

10 虐待の防止について

事業者は、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従業者に対する虐待防止のための研修を実施します。
- ②利用者及びその家族からの苦情処理体制を整備しています。
- ③サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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。

11 身体拘束の廃止について

事業所は、原則として身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。ただし、利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合はこの限りではありません。利用者の行動を制限する場合は、利用者及びご家族へ対して説明と同意を得るとともに、その態様及び期間その際の利用者の心身の状況、並びに緊急やむを得ない理由及び経過について記録します。

12 認知症利用者のケア

事業所は、認知症の症状にある利用者の個性と生活リズムを尊重したケアのため、これまでの生活習慣の情報収集を行うとともに、次の取り組みを行います。

- ①認知症ケアに関する留意事項の情報共有及び伝達会議の実施
- ②研修等を通じ、認知症に関する正しい知識やケアの習得に努め、専門性と資質向上を図ります

13 サービス提供に関する相談・苦情窓口

提供した通所介護サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口は下記のとおりです。

リハビリデイサービスももほ 担当: 末吉淳志、川満春菜	電話番号 098-868-1003 受付時間 9:00～17:00 受付日 月曜日から金曜日まで
那覇市 チャーがんじゅう課	所在地 那覇市泉崎1-1-1 電話番号 098-862-9010 受付時間 8:30～17:15
沖縄県国民健康保険 団体連合会	所在地 那覇市西3-14-18 電話番号 098-860-9026 受付時間 9:00～17:00
沖縄県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 那覇市首里石嶺町 4-373-1 総合福祉センター4F 電話番号 098-882-5704 受付時間 9:00～17:00

14 その他運営に関する留意事項

- (1) サービスの利用に当たっては、医師の診断や、日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員にご連絡下さい。心身の状況に応じたサービスを提供いたします。

(2) 機能訓練サービスを利用する際の留意事項

- ①体調不良の場合は、機能訓練サービスをお控え下さい。
- ②体を動かし易い服装でサービスを受けて下さいますようお願いします。

(3) 送迎サービスを利用する際の留意事項

- ①体調不良等によりサービスの提供を受けない場合は事前にご連絡お願い致します。
履物は、歩行に安全なものでお願い致します。
- ②職員の指示に従い、安全運行にご協力お願い致します。

(4) その他

- ①事業所内での飲酒、酒気を帯びた状態でサービスはご遠慮下さい。
- ②事業所内での営利行為、政治活動、宗教活動はご遠慮下さい。
- ③他の利用者の迷惑となる言動、暴力行為は行わないようお願いします。
- ④事業所は、利用者に対する第1号通所事業の提供に関する各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとする。また、記録の開示についても希望あれば開示を行うものとする。
- ⑤事業所は、居宅介護支援事業所、利用者に対し特定の事業者によるサービス利用させることの対償とし、金品その他の財産上の利益供与について禁止とする。
- ⑥第三者評価の実施無し

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

当事業所は、利用者に対する通所介護サービスの提供開始に当たり、利用者及びその利用者の家族等に対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明し、同意を得、本説明書を利用者に対し交付しました。

事業者	所在地	沖縄県那覇市字安里 5 1 番地		
	法人名	社会福祉法人 彩生会		
	代表者名	理事長 當銘 春夫		印
	事業所名	リハビリデイサービスももほ		
	説明者氏名	印		

私及び私の家族等は、重要事項説明書に基づいて、事業所からサービス内容及び重要事項についての説明を受け、通所介護サービスを利用することに同意し、同説明書を事業所より受領しました。

重要事項説明書の同意年月日	年 月 日
---------------	-------

利用者	住所			
	氏名	印		
	電話番号			

家族代表	住所			
	氏名	印		
	電話番号		続柄	

代理人	住所			
	氏名	印		
	電話番号		続柄	

利用料、利用者負担額及びその他の費用等について

○基本料金（１日につき）

所要時間	要介護度	介護報酬 基準額	１割負担額	２割負担額	３割負担額
６時間以上 ７時間未満	要介護１	５,８４０円	５８４円	１,１６８円	１,７５２円
	要介護２	６,８９０円	６８９円	１,３７８円	２,０６７円
	要介護３	７,９６０円	７９６円	１,５９２円	２,３８８円
	要介護４	９,００１円	９０１円	１,８０２円	２,７０３円
	要介護５	１０,０８０円	１,００８円	２,０１６円	３,０２４円

○加算料金

項 目	金 額				内 容
	介護報酬 基準額	１割負 担額	２割負 担額	３割負 担額	
入浴介助体制加算Ⅰ	４００円	４０円	８０円	１２０円	入浴介助を実施した日数
入浴介助体制加算Ⅱ	５５０円	５５円	１１０円	１６５円	入浴介助を実施した日数
個別機能訓練加算Ⅰ（イ）	５６０円	５６円	１１２円	１６８円	個別機能訓練を実施した日数
個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）	７６０円	７６円	１５２円	２２８円	個別機能訓練を実施した日数
個別機能訓練加算Ⅱ	２００円	２０円	４０円	６０円	月額
サービス提供体制加算Ⅱ	１８０円	１８円	３６円	５４円	職員の介護福祉士の割合 ５０％以上にて算定。利用した日数
科学的介護推進体制加算	４００円	４０円	８０円	１２０円	月額
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数 の 92/1000	左記の １割	左記の ２割	左記の ３割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数 （所定単位数）

提供されたサービスが法定代理受領サービスの場合、各利用者の負担割合に応じた額の支払いとなります。法定代理受領サービスでない場合は、介護報酬基準額の全額を一旦、お支払いただきます。この場合「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

○その他費用

サービス	利用料	算定回数等
食事サービス	６００円	食事サービスを利用した日数
おむつ代	実 費	パット ５０円
		リハビリパンツ １００円
		テープ式 １２０円

○請求及び支払い方法

- ア. 利用料等はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。
- イ. 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月２０日までに利用者あてお届けしますので、請求月の２７日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

①利用者指定口座からの自動振替

②事業者指定口座への振込

- ウ. お支払いの確認をしたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。