



*Soleil Kochi*

ソレイユこうち

リハデイ ソレイユ

第1号通所事業重要事項説明書

様

医療法人 弘仁会

# 介護予防通所介護サービスおよび第1号通所事業重要事項説明書

この「重要事項説明書」は「第1号通所事業サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準の規定に基づき、第1号通所事業サービス提供契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

## 1. 第1号通所事業サービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人 弘仁会
代表者名	岡林 敏彦
所在地	〒780-8040 高知県高知市神田 660-7 TEL 088-832-8821

## 2. 利用者へのサービス提供を担当する事業所について

### (1) 事業所の所在地

事業所名	リハデイ ソレイユ
介護保険 指定事業者番号	設立年月日 平成 26 年 2 月 22 日 3970105734
事業所所在地	〒780-8036 高知県高知市東城山町 163-1
連絡先	TEL 088-856-5558 FAX 088-837-0375
管理者	戸梶 教恵
事業所の通常の 事業実施地域	高知市

### (2) 事業所の目的及び運営方針

事業の目的	医療法人弘仁会が開設する第1号通所事業【リハデイソレイユ】（以下「デイサービス」という。）が行う指定第1号通所事業の事業（以下「事業」という。）の適切な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、デイサービスの介護職員その他の従業者（以下「介護職員等」という。）が、介護保険法に従い、高齢者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とします。
-------	--

運営方針	<p>1 デイサービスが実施する事業は、利用者が要支援状態等となった場合においても、可能な限りその居宅において、利用者が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に配慮して、その在宅生活を支援し心身機能の維持回復を図るものとします。</p> <p>2 利用者の要支援状態の軽減もしくは悪化の防止ができるよう、日常生活上の目標を設定し、計画的に行うものとします。</p> <p>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るものとします。</p> <p>4 デイサービスに当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。</p> <p>5 指定第1号通所事業の提供の終了に際しては、利用者またはその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医及び居宅介護支援事業者へ情報の提供を行うものとします。</p> <p>6 前5項のほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」に定める内容に基づき、事業を実施するものとします。</p>
------	---

### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土曜日 日曜、祝日、年末年始は休業（12/31～1/3）
営業時間	午前8時30分から午後5時00分まで サービス提供時間は、1日型：午前 9時30分～午後4時15分

### (4) 事業所の職員体制

職種	職務内容	人員数
管理者	管理全般	1名*
看護職員	利用者の心身状況の評価	2名*
機能訓練指導員	運動内容の処方、実施、評価	2名*
生活相談員	利用者、家族、ケアマネジャーとの連携	2名*
介護職員	ADL 全般の介助および運動内容の実施、運動指導・介助。	8名

- ・職員は、身分証明書を携帯し、提示を求められた場合は速やかに提示します。
- ・\*は兼務あり。

### 3. 提供するサービスの内容と料金及び利用料について

#### (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	サービス内容
健康状態の観察	血圧、脈拍、体温の測定や全身状態の観察等
機能訓練	自己効力感の向上を目標に筋力・バランス機能・柔軟性の向上を図る
排泄の援助	オムツ交換や排泄訓練等（自宅でのADLを考慮する）
介護指導	介護上困っていることへのアドバイス等

食事の提供	栄養バランスが取れ、利用者に合わせた食事形態の提供。
-------	----------------------------

(2) 提供するサービスの利用料について

・第1号通所事業費

共通サービス	基本料	要介護状態区分等	単位数	自己負担額(1割)
	通所型独自サービス1	事業対象者・要支援1	1,798 単位/月※	1,798 円/月
	通所型独自サービス2	事業対象者・要支援2	3,621 単位/月※	3,621 円/月

・加算

サービス項目		単位数	利用料	自己負担額(1割)	
加算 サ ー ビ ス	選択的	栄養改善加算	150 単位/月 2 回	1,500 円	150 円×回数
		口腔機能向上加算	150 単位/月 2 回	1,500 円	150 円×回数
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(Ⅲ)				所定単位数の 80/1000 加算	
生活機能向上連携加算Ⅱ				200 単位/月	

※科学的介護推進体制加算の算定のため、ご利用者様の ADL 等の情報を厚生労働省に提出させていただきます。個人方法については、プライバシーポリシーに沿って取り扱いさせていただきます。

・減算

サービス項目	介護度	単位数	利用料	自己負担額
通所型独自サービス同一建物減算	事業対象者 要支援1	-376 単位/月	-3,760 円	-376 円/月
	要支援2	-752 単位/月	-7,520 円	-752 円/月
送迎を行わない場合の減算(片道)	事業対象者 要支援1・要支援2	-47 単位/回	-470 円	-47 円/回

・その他費用

食事代	657 円*1 (1 日)	後日、利用料と一緒に請求させていただきます。
行事等費用	必要に応じて	全員に必要な費用ではなく、参加者のみ請求
おやつ代(税込)	73 円	1 日、午後からのご利用の方が対象となります。
その他の日常生活費	30 円	有料シャンプーセットご利用の方

1 総合事業における通所型サービスは日常生活上の支援などの「共通サービス」と「選択的サービス」に分けられ、それぞれについて月単位の定額報酬となっております。※月途中からの開始の場合は、契約日を起算日として日割り計算を行います。

2 地域区分により「1 単位=10 円」となっています。

3 生活保護等の公費受給者証をお持ちの場合、自己負担金額が軽減できる場合があります。

4 行事・創作活動等を実施する際、費用を別途頂く場合があります。

\*1 食事代は介護保険料とは別途に頂きます。

5 利用料その他の費用の請求および支払い方法について

第1号通所事業サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定第1号通所事業が法定代理受領サービスであるときは、その1割の額とします。

利用料の支払いを受けた場合は、利用者に対して領収書を交付します。事業者は当月の利用者負担金の請求書に明細を付して翌月15日までに利用者へ請求し、利用者指定の口座より翌月26日に引き落とすものとします。(ただし26日が日、祝祭日の場合は翌営業日となります。)

\*引き落としが確認できましたら、領収書を発行致しますので必ず保管をお願い致します。(再発行は基本的には致しません) 必要な書類等も引き落としが確認できましたら、領収書と一緒にお渡し致します。

\*利用料、その他の費用の支払いについて支払期日から2ヶ月以上経過し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合は契約を解約したうえで、未払い分をお支払いして頂きます。

<介護保険または第1号通所事業利用者>

様の第1号通所事業の内容に対する料金、利用料は以下のとおりです。

サービスの区分および加算		利用料
基本料	介護度 要支援 ( 1 )	1,798 円
加算	生活機能向上連携加算	100 円
	科学的介護推進体制加算	円
	介護職員等処遇改善加算Ⅲ	117 円
食費	食事代、おやつ代 (4回利用)	2,920 円

利用料合計	4,935 円
-------	---------

サービス提供に関する相談・苦情について

<p>サービス提供に関する相談・苦情に関しましては国民保険団体連合会・市町村相談窓口にお問い合わせください。</p>	<p>相談担当者名：戸梶 教恵                  連絡先電話番号：088-856-5558                  F A X 番号：088-837-0375                  高知県国民健康保険団体連合会                  介護保険課苦情相談係 連絡先：088-820-8410                  利用可能時間：午前9時～午後4時(土日祝祭日休業)                  市町村相談窓口：高知市役所 介護保険課                  連絡先：088-823-9972                  利用可能時間：午前8時30分～午後5時15分(土日祝日休業)</p>
--	---

#### 4. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する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に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。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等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等において利用者の家族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。

事業者における個人情報保護についての取り扱いについてはプライバシーポリシーに則って取り扱うこととします。

#### 5. 緊急時の対応について

サービス提供中に緊急の事態が発生した場合はデイサービスにおける“緊急時対応のマニュアル”にそって対応させていただきます。その際に必要な緊急連絡先を別紙にてご指定ください。夜間、営業時間外の緊急事態におきましては対応しかねますのでご了承下さい。

#### 6. 家族等への連絡について

利用者より希望があった場合には利用者に連絡すると同様の通知を家族等へも行います。

#### 7. 記録の保管について

サービス提供者はサービス提供に関する記録を整備し、契約終了時から5年間保管いたします。また記録物の閲覧および実費を支払っての写しの交付については本人および家族に限り可能です。必要時は、ご相談下さい。

#### 8. 損害賠償

サービス提供に伴って事業者の明らかな過失により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において利用者に対し、その損害を賠償致します。この契約においてやむを得ず訴訟となる場合は利用者の所在地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所とすることをあらかじめ同意します。(合意裁判管轄)

#### 9. 留意事項

- ①サービスのキャンセルにつきましては利用者または、家族、ケアマネジャーによりサービス提供日の前日の17時までに連絡ください。前日夕方17時までに欠席の連絡がない場合はキャンセル料として食事代のみ頂きます。また急な場合は当日午前8時半までにご連絡ください。ご連絡がない場合は送迎スタッフがご自宅にお伺いさせて頂く事になり、他の利用者や家族に大変迷惑をかける事になります。
- ②当事業所では基本的に禁煙とさせていただいており、施設内には喫煙所を設けておりません。

禁煙にご理解ご協力のほどよろしくお願い致します。

③当事業所施設内においては携帯電話のご使用をご遠慮願います。もし連絡等が必要な場合は施設の電話をご使用下さい。

④デイサービスでは随時、在宅ケア従事者の育成のために他施設からの研修生の受け入れにも協力させていただいております。何卒、ご協力のほど宜しくお願い致します。

⑤1ヶ月以上休みが続いたときの終了等の手続きについて

1ヶ月以上休みが続いたときは、ご連絡させて頂き契約を継続するかどうかご確認させて頂きます。継続が不可能な場合は契約終了とさせて頂きますのでご了承ください。

⑥災害時の対応（地震・台風・大雪・警報時など）

地震・台風・大雪・警報時などサービスを継続出来ない気象状況になった場合はやむを得ず、サービスを打ち切りとさせていただく場合がございます。その際にご連絡させて頂きますので、ご了承ください。

⑦安全で円滑な送迎の為、お迎え時間を書面または電話にて連絡いたします。お知らせした時間よりも10分以内の早まりや遅れにつきましてはご了承ください。交通事情等で、10分以上到着時間が前後する場合は、施設より電話連絡いたします。

⑧他の利用者の迷惑になるもの、危険なものは持ち込みを制限します。

\*高価な物や大切な物（失くしては困る物）の持込も禁止いたします。個人の判断で持ち込み紛失した場合、当事業所は責任を負いかねます

## 10. 第三者評価

提供するサービスの第三者評価の実施の有無について ※ 無

令和 年 月 日 ( )

当該事業所は第1号通所事業サービスの提供開始にあたり重要事項説明書に基づき、重要事項を説明致しました。

サービス事業者

【医療法人 弘仁会】 リハデイ ソレイユ

事業者所在地：〒780-8036 高知県高知市東城山町 163-1

TEL 088-856-5558 FAX 088-37-0375

名称：リハデイ ソレイユ

印

説明者：

印

私は重要事項説明書に基づいて当該事業所から重要事項の説明を受け、交付されました。

※通所に際し、自己における送迎の場合は、十分に注意を払います。また、万一、事故に遭遇した場合は、その原因の如何を問わず一切の責任を自らで負い、【リハデイ ソレイユ】に対する責任の一切を免除します。

利用者

住所

氏名

印

利用者代理人

住所

氏名

印

利用者家族

住所

氏名

印



## 報提供同意書

【リハデイソレイユ】を利用するにあたり、必要があるときは利用者または家族等に関する情報を、第 1 号通所事業サービス利用のため、または適切な在宅療養のために市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者、総合事業医療機関に情報提供することに同意します。また、個人情報保護についての事業者の取り扱いについては別紙「プライバシーポリシー」「個人情報取り扱い業務概要説明書」に記載したとおりとします。

令和 年 月 日

利用者  
住所

氏名 印

利用者代理人  
住所

氏名 印

利用者家族

住所  
氏名 印

医療法人 弘仁会  
リハデイ ソレイユ 管理者 殿

## 緊急連絡先

緊急時には担当者は、必要な処置を講じます。また、ご指定された緊急連絡先にも連絡を致します。

氏名		続柄	
住所			
電話番号			
昼間の連絡先			
携帯電話番号			

氏名		続柄	
住所			
電話番号			
昼間の連絡先			
携帯電話番号			

主治医	氏名	
	医療機関名	
	住所	
	電話番号	

ケアマネジャー	氏名	
	事業所名	
	住所	
	電話番号	

