スマイルリハビリデイサービス

地域密着型通所介護（重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

１．事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	合同会社ライフさぽーと
主たる事務所の所在地	〒６６８－００６４　　兵庫県豊岡市高屋９０１－３
代表者（職名・氏名）	代表社員　　藤原　清明
設立年月日	平成２５年3月２１日

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	スマイルリハビリデイサービス	
サービスの種類	地域密着型通所介護	
事業所の所在地	〒560-0005　大阪府豊中市西緑丘1丁目7番11号	
電話番号	０６－４８６５－３０００	
指定年月日・事業所番号	令和４年４月１日指定	２７９４００１１２９
実施単位・利用定員	２単位	１、２単位ともに定員１０人
通常の事業の実施地域	豊中市	

３．事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	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の軽減や悪化の防止、もしくは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。

４．提供するサービスの内容

地域密着型通所介護は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、生活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援助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。

５．営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで（祝日を含む） ただし、１２月３０日～１月３日を除きます。
営業時間	午前８時３０分から午後５時４５分まで
サービス提供時間	午前の部　午前９時００分から午後１２時１５分まで
	午後の部　午後１４時００分から午後１７時１５分まで

６．事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理責任者（生活相談員と兼務）	常勤　　１人
生活相談員（介護職員と兼務）	常勤　　１人
介護職員	非常勤　５人
機能訓練指導員（介護職員と兼務）	常勤　　１人

令和４年４月１日現在

７．サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。
サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	藤原　清明

８．利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、基本利用料の１割、又は２割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。
※計算上の端数処理により、利用者負担金の１円単位が異なる場合があります。

（１）地域密着型通所介護の利用料

【基本部分：地域密着型通所介護費】

所要時間（１回あたり）	利用者の要介護度	地域密着型通所介護費	
		基本利用料 ※（注１）参照	**利用者負担金（＝基本利用料の１割）※（注２）参照**
３時間以上４時間未満	要介護１	４，３８４円	**４３９円**
	要介護２	５，０３８円	**５０４円**
	要介護３	５，６９１円	**５７０円**
	要介護４	６，３２３円	**６３３円**
	要介護５	６，９８８円	**６９９円**

（注１）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注２）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご留意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	**利用者負担金**
個別機能訓練加算Ⅰイ	柔道整復師等が多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行っている場合（１日につき）	５９０円	**左記の金額の1割～3割**
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	利用者に一定基準のサービスを提供する体制が整っているかを評価する加算	２３１円	**左記の金額の1割～3割**
介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ）	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算	所定単位数×11.7%×10.54円	**左記の金額の1割～3割**

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額	
		基本利用料	**利用者負担金**
事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	当該減算の要件に該当した場合（１日につき）	９９０円	**９９円**
送迎減算	事業者が送迎を行わなっ場合	４９５円	**５０円**

（２）その他の費用

おむつ代	おむつの提供を受けた場合、実費費用１００円を頂きます。
交通費	通常の実施地域を越える送迎については、１㎞あたり１００円を頂きます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費を頂きます。

（３）支払い方法

上記（１）から（２）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次の方法によりお支払いください。
なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、１４日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の翌月の１０日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

９．衛生管理等

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に

努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。
事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。

１０．個人情報の保護

事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。
事業者が得た利用者の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については、あらかじめ文書にて利用者及び家族等の了解を得るものとする。

１１．秘密保持

（１）事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
（２）事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）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。
（３）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、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

１２．虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。
（１）虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
（２）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
（３）その他虐待防止のために必要な措置
事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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するものとする。

１３．身体的拘束等の原則禁止

事業所は、サービス提供にあたっては、利用者又は他の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を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行ってはならない。
事業所は、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載することとする。

１４．地域との連携等

指定地域密着型通所介護事業者は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努める。
指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市の職員又は事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね６か月に１回以上、運営推進会議に対し提供しているサービス

内容および活動状況等を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設ける。

指定地域密着型通所介護事業者は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに当該記録を公表するものとする。

１５．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

１６．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１７．損害賠償保険の加入

当事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

居宅介護事業者賠償責任保険	あいおいニッセイ同和損保　ウォームハート
自動車保険	損保ジャパン

１８．非常災害対策

防災責任者を設置して消防計画を作成するとともに、当計画に基づく次の業務を実施します。

（１）消火、通報及び避難訓練　年２回

（２）消防設備、施設等の点検及び整備

（３）その他防火管理上必要な業務

１９．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	【スマイルリハビリデイサービス】 所在地　：豊中市西緑丘１－７－１１ 電話番号：０６－４８６５－３０００ Ｆ　Ａ　Ｘ　：０６－４８６５－３００２ 受付時間：9：00～17：30（月曜日～金曜日）

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	市町村（保険者）の窓口	【豊中市健康福祉部高齢施策課】 所在地　：豊中市中桜塚３－１－１ 電話番号：０６－６８５８－２８３８ Ｆ　Ａ　Ｘ　：０６－６８５８－３１４６ 受付時間：8：45～17：15（月～金） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 【話して安心、困りごと相談】 所在地　：豊中市中桜塚３－１－１ 電話番号：０６－６８５８－２８１５

		F A X ：０６－６８５４－４３４４ 受付時間：9：00～17：15（月～金）
	公的団体の窓口	【大阪府国民健康保険団体連合会】 所在地　：大阪市中央区常盤町1-3-8 （中央大通FNビル内） 電話番号：０６－６９４９－５４１８ 受付時間：9：00～17：00（月～金）

２０．サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

（1）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

（2）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。

（3）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和　　年　　月　　日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事　業　者　　所在地　　大阪府豊中市西緑丘１丁目７番１１号
事業者（法人）名　　合同会社ライフさぽーと
事業所名　　スマイルリハビリデイサービス
代表者職・氏名　　代表社員　藤原　清明　　印
説明者・氏名

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受けました。

利　用　者　　住　所
氏　名　　印

署名代行者（又は法定代理人）
住　所
本人との続柄
氏　名　　印

立　会　人　　住　所
氏　名　　印