

伊賀リハビリライフサポート株式会社

リハビリデイサービスささゆり

通所型サービス（現行相当サービス）

通所介護サービス

重要事項説明書

◇◆◇ 目 次 ◇◆◇

| | |
|-------------------|-----|
| 1. 事業者 | 1 |
| 2. 事業所概要 | 1 |
| 3. 事業実施地域及び営業時間 | 1 |
| 4. 職員の配置状況 | 2 |
| 5. サービス内容 | 2 |
| 6. サービス利用料金 | 3-4 |
| 7. 利用料金のお支払方法 | 4 |
| 8. サービス利用に関する注意事項 | 4-5 |
| 9. 緊急時における対応策 | 5 |
| 10. 虐待防止に関する事項 | 6 |
| 11. 衛生管理等 | 6 |
| 12. 非常災害対策 | 6 |
| 13. 業務継続計画の策定等 | 6 |
| 14. 身体拘束 | 7 |
| 15. 個人情報の保護 | 7 |
| 16. 相談窓口・苦情対応 | 7 |

1. 事業者

| | |
|-------|------------------------|
| 法人名 | 伊賀リハビリライフサポート株式会社 |
| 法人所在地 | 三重県伊賀市上野田端町 1004 番地の 3 |
| 電話番号 | 0595-24-0017 |
| 代表者氏名 | 代表取締役 堀 智秋 |
| 設立年月日 | 2012 年（平成 24 年）8 月 1 日 |

2. 事業所概要

| | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業者の種類 | 通所介護事業所・第 1 号通所事業所 2012 年（平成 24 年）8 月 1 日指定 介護保険事業所番号 2471201000 総合事業所番号 24A1200542 |
| 事業の目的 | 在宅で生活されている高齢者の方々に通所型サービス（現行相当サービス）及び通所介護を提供し、老人の自立的生活の助長、社会的孤独感の解消、心身機能の維持向上を図り、一人一人のニーズと意思を尊重し、生活の向上に努め身体的、精神的な負担を軽減する。 |
| 事業所の名称 | リハビリデイサービスささゆり |
| 事業所の所在地 | 三重県伊賀市上野田端町 1004 番地の 3 |
| 電話番号 | 0595-24-7001 |
| 管理者氏名 | 奥知 なつみ |
| 事業所の運営方針 | 通所型サービス（現行相当サービス）及び通所介護はもちろんの事、地域の多くの利用者の自立支援の観点に立ち、要支援・要介護度の維持・改善ができるサービスを提供する。 |
| 利用定員 | 39 名（通常規模）〈延べ利用者数：月 750 名以内〉 |
| 法人の行う他の事業 | 通所型サービス（現行相当サービス）・通所介護 ・第 2 リハビリデイサービスささゆり 2471201240 通所型サービス（現行相当）24A1200559 ・リハビリデイサービス伊賀接骨院 2471201059 通所型サービス（現行相当）24A1200443 ・居宅介護支援事業所ささゆり 2471201224 |

3. 事業実施地域及び営業時間

| | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 営業日 | 平日（月曜日～金曜日、祝日含む）〈年末年始、お盆を除く〉 |
| 営業時間 | 8時30分から17時00分 |
| サービス実施時間 | 9時30分から16時30分 |
| 事業実施区域 | 伊賀市内（事業所より送迎車にて30分圏内） 旧 上野市、阿山町、伊賀町、大山田村は全域 旧 青山町は一部（阿保、別府、寺脇地区のみ） |
| その他事項 （休業する場合） | * 台風接近または大雪警報や暴風雪等により、危険が予想されると事業所が判断した場合 |

4. 職員の配置状況

令和7年7月1日現在

| | |
|------------|-----------------------|
| 職員体制 | 管理者1名（常勤） |
| | 生活相談員2名以上（常勤2名） |
| | 介護職員6名以上（常勤6名、非常勤2名） |
| | 看護師1名以上（非常勤1名） |
| | 機能訓練士2名以上（常勤2名、非常勤3名） |
| 資格取得 状況 | 介護福祉士4名（常勤3名、非常勤2名） |
| | 准看護師1名（非常勤） |
| | 柔道整復師4名（常勤2名、非常勤2名） |

5. サービス内容 通所型サービス個別計画及び通所介護計画に沿って、以下の必要なサービスを提供します。

| | |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事 | 契約配食業者の献立により、栄養並びにご利用者の身体状況や嗜好を考慮した食事を提供致します。 |
| 入浴 | 健康チェック後、身体状況および体調に応じて入浴頂きます。 |
| 排泄 | ご利用者に合わせた排泄介助を行います。 |
| 機能訓練 | 当事業所、機能訓練士指導の下、機能訓練機器の使用・運動療法等により状態の維持・改善を図る。 |
| 送迎 | 送迎区域としては旧上野市（一部の地域を除く）とし、当法人の社用車で職員が行います。ご契約者及びご家族の希望により、送迎サービスを利用されない事も可能です。（悪天候等により急遽送迎を希望される場合は、ご連絡頂き相談・決定するものとします。） |

6. サービス利用料金 通常規模型（延べ利用者数：月 750 名以内）

通所介護 <1 回利用あたり：単位>

| 項目／介護度 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-----------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 基本サービス単位 I 50（7-8 時間） | 658 | 777 | 900 | 1,023 | 1,148 |
| 入浴加算（Ⅰ） | 40 | | | | |
| 入浴加算（Ⅱ） | 55<対象者のみ> | | | | |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ | 56（直接施行の機能訓練士不在の場合） | | | | |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ | 76 | | | | |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 20／月 | | | | |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 160<対象者のみ（最大 2 回／月 320 単位）> | | | | |
| 認知症加算 | 60<対象者のみ> | | | | |
| ADL 維持等加算（Ⅰ） | 30／月 | | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | 40／月 | | | | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 18 | | | | |
| 送迎減算 | ▲47 | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位数の 9.2% | | | | |
| 中山間地域等提供加算 | 所定単位数の 5.0%<対象者のみ> | | | | |
| 地域区分別上乗せ | 所定単位数の 1.4%（10.14 円） | | | | |

通所型サービス（独自）

（1 回利用および 1 ヶ月利用あたり：単位）

| 項目／介護度 | 要支援 1 | 要支援 2 |
|-----------------|----------------------|-----------------|
| 基本サービス単位 | 4 回まで 436／回 | 8 回まで 447／回 |
| | 5 回以上利用 1,798／月 | 9 回以上利用 3,621／月 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 160 単位／月 | |
| 科学的介護推進体制加算 | 40／月 | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 72／月 | 144／月 |
| 送迎減算 | ▲47 | |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位数の 9.2% | |
| 中山間地域等提供加算 | 所定単位数の 5.0%<対象者のみ> | |
| 地域区分別上乗せ | 所定単位数の 1.4%（10.14 円） | |

実費費用

| | | | |
|----------|------------------------------------|-------|---------|
| 昼食 | 750 円／食 | 管理費 | 200 円／月 |
| マスク | 30 円 | ガーゼ | 50 円 |
| 保護フィルム | 100 円 | カットバン | 10 円 |
| エレバン | (小) 70 円、(中) 90 円、(大) 110 円 | | |
| ハイドロテープ | (小) 100 円、(中) 150 円、(大) 250 円 | | |
| オムツ | パット 50 円、パンツタイプ 100 円、テープタイプ 150 円 | | |
| 血糖値測定キット | 250 円 (針・計測チップ) | | |
| コピー | (モノクロ) 10 円、(カラー) 30 円 | | |
| 電話 | 県内：1 分 10 円、携帯・県外：1 分 20 円 | | |
| 昼食キャンセル料 | 500 円／食＜前 1 営業日 18 時以降の連絡の場合＞ | | |
| その他 | 必要に応じ、別途請求 | | |

*各基本サービス利用料金に、ご利用者負担分の実費費用が加算された分が 1 か月の請求額となります。

7. 利用料金のお支払方法

利用金額については、ひと月ごとに締め計算した「請求書」を翌月 10 日前後にお預けしますので、月末までにお支払下さい。

| | |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口座振替 | 引き落とし日は、 <u>利用月の翌月 26 日</u> となります。 尚、 <u>不備があり引き落せない場合は現金回収</u> となります。 また、引き落とし摘要欄には『SMCC(イカリハビリ)』もしくは『イカリハビリ(SMCC)』と記載されます。(金融機関により表記は変わります。) |
| 現金回収 | 事業所までお持ち下さい。 |
| 銀行振込 | 銀行名：百五銀行上野支店緑ヶ丘出張所 普通口座 761482 名義：伊賀リハビリライフサポート株式会社 代表取締役 堀 智秋 (ほり ともあき) |

*銀行振り込みの場合、振込手数料は本人様ご負担となります。

8. サービス利用に関する注意事項

| | |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供 困難時 | 事業所定員により利用申し込みに応じきれない場合や実施区域外である場合、又はご利用者に対し適正なサービスを提供することが困難な場合には、サービス提供をお断りする場合があります。 |
| 設備の利用 | 事業所内の設備は本来の用法に従って利用下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償頂くことがあります。 |
| 喫煙・飲酒 | 事業所内は禁煙となっております。サービス利用中は、飲酒は行わないで下さい。 |
| 迷惑行為 | 騒音等、他ご利用者の迷惑になる行為は行わないで下さい。 |

| | |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 災害対策 | 災害対策に可能な限りご協力下さい。 |
| 宗教活動 政治活動 | 事業所内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動は行わないで下さい。 |
| 送迎時の連絡 | 送迎時間はおおよその時間をお伝えします。ただし、道路事情等によりお伝えした時間が前後する場合があります。送迎時間が通常と大幅に異なる場合は、その都度ご連絡致します。 |
| 体調不良にするサービスの 中止・変更 | 体調不良の場合でサービス提供困難と事業所側で判断した場合は、ご家族・担当の介護支援専門員に連絡し、利用の中止を頂く場合があります。 |
| 連絡事項 | 定期的に主治医にて受診を行い、医師からの注意事項や体調の変化・服薬の変化があった場合は、事業所および担当の介護支援専門員に必ずご連絡下さい。また、お薬の説明書の提出がない場合は、万が一の際は責任を負いかねます。 |
| キャンセル | 体調不良等により、ご利用者がサービスの利用を中止する場合は、速やかに所定の連絡先までご連絡下さい。 |
| その他 | 金銭・貴重品はご持参しないで下さい。 <紛失等による責任は負いかねます。> ご利用者間の食べ物及び物品のやりとりもご遠慮下さい。 |

*注意事項を遵守頂けない場合は、ご利用を中止させて頂く場合もあります。

9. 緊急時等における対応策

①ご利用者の容体に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかにご家族の緊急連絡先・主治医への連絡を行う等、措置するとともに、担当の介護支援専門員に連絡をし、速やかに対応致します。

※なお、一刻を争う場合には、ご家族への連絡が前後する事や救急車を要請する事があります。

②サービスの提供により事故が発生した場合には、ご利用者の家族・担当の介護支援専門員または、市町村・県担当者に連絡を行い、必要な措置をとります。また、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。

※事故が生じた際には、その原因を解明し再発を防ぐ為の対策を講じます。

*但し当事業所の特長上、運動療法を行う事による転倒等の可能性は大いに考えられますのでご理解下さい。

10. 虐待防止に関する事項

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知する
 - ②虐待の防止のための指針を整備する。
 - ③従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
 - ④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- 事業者は、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するものとする。

11. 衛生管理等

- 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。
- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延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する。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
 - (3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する

12 非常災害対策

| | |
|-------|-----------------------------|
| 防火管理者 | 坂口和義（伊賀リハビリライフサポート株式会社 取締役） |
| 防災訓練 | 年2回防災訓練を実施します。 |
| 防災設備 | 非常時警報設備・誘導灯設備・消火器 |

非常災害時に伊賀市消防署及び伊賀市高齢福祉課へ速やかに通報できる体制を確保し、地元自治体との協力・連携体制を図る。

13. 業務継続計画の策定等

- ①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- ②必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- ③定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

14. 身体拘束

他の利用者等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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行わない。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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を記録するものとする。

15. 個人情報の保護

- ① 事業者は、通所型サービス（現行相当サービス）及び通所介護サービスを提供する上で知り得た契約者又はその家族等に関する事項を適当な理由なく第三者に漏洩しません。
- ② 事業者は契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供出来るものとしします。
- ③ 前2項に関わらず利用者に係る他の居宅介護支援事業者との連携を図るなど、正当な理由がある場合には、個人情報を用いることがあります。

16. 相談窓口・苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については窓口で対応致します。

| | |
|----------------|-------------------------------------------|
| リハビリデイサービスささゆり | 電話番号 0595-24-7001 担当者 奥知 なつみ (おくち なつみ) |
|----------------|-------------------------------------------|

○次の公的機関におきましても苦情申出等が出来ます。

| | |
|----------------------------------|--------------------------------------------|
| 伊賀市役所 介護保険担当課 | 電話番号 0595-26-3939 対応時間 平日 8時30分から17時15分 |
| 三重県国民健康保険団体連合会 保健介護福祉課介護障害福祉係 | 電話番号 059-222-4165 対応時間 平日 9時00分から17時00分 |

○苦情に関しては、事実関係の調査の実施・改善措置、ご利用者またはご家族に対する説明、記録の整備、その他必要な措置を行います。

【説明確認書】

令和 年 月 日

通所型サービス（現行相当）及び通所介護サービスの利用締結にあたり、事業者は重要事項を説明致しました。

事業者所在地 三重県伊賀市上野田端町 1004 番地の 3
事業者名 伊賀リハビリライフサポート株式会社
代表取締役 堀 智秋

事業所所在地 三重県伊賀市上野田端町 1004 番地の 3
事業所名称 リハビリデイサービスささゆり
管 理 者 奥知 なつみ
説 明 者 奥知 なつみ

契約者（利用者本人）氏名： _____

住所： _____

代筆者氏名： _____

住 所： _____

続柄： _____

※代筆の場合、代筆者の氏名・住所を併記すること。

代理人氏名： _____

住 所 _____