

通所介護・第一号通所事業 重要事項説明書
(ぽれぽれ四条大路リハサロン)

年 月 日

通所介護・第一号通所事業の提供開始にあたり、「利用者」と及び「身元引受人」、「事業者」は、以下の条項に基づく重要事項説明書の内容と別紙にある個人情報利用等同意書に合意し、本重要事項説明書2通を作成、記名の上、各自その1通を保有します。

利用者（契約者） 住所 _____

氏名 _____

身元引受人 住所 _____

氏名（ 続柄 ） _____

署名代行人 住所 _____

氏名（ 続柄 ） _____

事業者 住所 奈良市登美ヶ丘二丁目2番15号

事業者名 株式会社ひまわりの会

代表者名 酒 井 建 次

説明者 事業所名 ぽれぽれ四条大路 リハサロン

説明者氏名 _____

この重要事項説明書は、ご利用者が、介護サービスを受けられるに際し、予めご利用者やそのご家族に対し、当事業所の運営規程の概要や従事者などの勤務体制、その他のご利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1. 当社が提供するサービスについての相談・苦情受付窓口

電話番号 0742-30-5319
 担当窓口 島岡 拓麻（月～土 午前9時～午後5時）

2. 事業の目的

この事業は、株式会社ひまわりの会が開設する指定通所介護事業所が行う事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、当事業所では介護の状態にある高齢者に対し、ひとりひとりゆっくりと穏やかに生活していただけるよう適正な介護サービスを提供することを目的とします。

3. 運営方針

- （１）「尽道楽生」～ゆっくり、楽しく、一緒に～の理念のもと「笑い」と「穏やかな生活」を常に求め、ひとりひとりの尊厳を大切にしてお世話をさせていただきます。
- （２）日常生活上のお世話及び生活リハビリテーションを行い、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援助を行います。
- （３）健康維持のため健康管理に努め、協力医療機関との連携を密にします。
- （４）自然との触れ合いを大切にします。
- （５）関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 事業所の概要

事業所の名称	ぽればれ四条大路リハサロン
指定事業所番号	2970108045
事業所の所在地	〒630-8014 奈良市四条大路二丁目858番1号
管理者	島岡 拓麻
電話番号	0742-30-5319
FAX番号	0742-30-5315

5. 施設の概要

建 物	構造	木造2階建	
	床面積	328.29㎡	
利用定員		34名	
設 備	食 堂	1室	
	便 所	4カ所	

	機能訓練室	1 室
	静養室	1 室
	事務室	1 室
	相談室	1 室
	台 所	1 室

6. 職員体制（主たる職員）

	常勤		非常勤		合計
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			1
看護師		1		1 以上	2 以上
介護福祉士		1 以上			1 以上
2 級、初任者研修、実務者研修修了者		1 以上	1 以上		2 以上
生活相談員（兼務）		1 以上	1 以上		2 以上
機能訓練指導員	1 以上				1 以上

7. サービスの内容

(1) 提供時間	午前9時15分～午後4時30分 なお、延長のご利用についてはご相談下さい。 年末年始（12/31,1/1,1/2）はお休みさせていただきます。	
(2) 送 迎	奈良市(田原、柳生、大柳生、東里、狹川、都祁、月ヶ瀬を除く)の方は送迎させていただきます。	
(3) 食 事	温かい食事を提供します。	
(4) 入 浴	身体状況を確認しながら、適切な方法で入浴をしていただき、ご自分でできることを増やしていくようにお手伝いします。	
(5) リハビリ	スリング等を使った運動や、専門家によるリハビリが受けられます。	
(6) サロン	手作業、絵画等、仲間と触れ合いながら楽しんでいただきます。	
(7) 健康管理	リハビリ前のバイタルチェック実施。 緊急等必要な場合は、協力医療機関へ受診いただきます。 服薬に関しては医療機関の処方箋に沿った服薬をお手伝いします。 但し、体調・排泄状況等により服薬量を調整することは致しかねます。ご容赦ください。	
(8) 協力医療機関	① 沢井病院	奈良市船橋町8 ☎0742-23-3086
	② 森田医院	奈良市高天市町32 ☎0742-22-3836
	③ 西の京病院	奈良市六条町102の1 ☎0742-35-1121
	③ 富森歯科油阪診療所	奈良市油阪町3-20 ☎0742-22-8692

(9) 相談及び援助	ご利用者及びそのご家族から福祉、医療、保険等の相談についても誠意をもって応じ、可能な限り援助を行うように努めます。
------------	---

8. 利用料

(1)、(2)については保険対象費用の自己負担分となります。負担割合は1割または一定以上の所得がある場合は、介護保険負担割合証に応じた額となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

(1) サービス利用料

① 要介護

1日あたり7～8時間	単位	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）
要介護1	658	676円	1,352円
要介護2	777	798円	1,596円
要介護3	900	925円	1,849円
要介護4	1,023	1,051円	2,102円
要介護5	1,148	1,179円	2,358円

② 要支援1（一例）

		単位	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)	備考
1～4回/月	回	436単位	448円	896円	1～4回は、回数単位となります
5回以上/月	月	1,798単位	1,847円	3,693円	5回以上は、包括単位となります

要支援2（一例）

		単位	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)	備考
1～8回/月 予定	回	447単位	459円	918円	1～8回は、回数単位となります
9回以上/月	月	3,621単位	3,719円	7,438円	9回以上は、包括単位となります

(2) 加算

ご利用される方の様態、状況に応じて下記の加算が算定される場合があります。

① 要介護

加算名		単位	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）
サービス提供体制加算Ⅰ	回	22	23円	45円
サービス提供体制加算Ⅱ	回	18	19円	37円
サービス提供体制加算Ⅲ	回	6	7円	13円
入浴介助加算Ⅰ	日	40	41円	82円
入浴介助加算Ⅱ	日	55	57円	113円

中重度ケア体制加算	日	45	47円	93円
個別機能訓練加算Ⅰ 1	日	56	58円	115円
個別機能訓練加算Ⅰ 2	日	76	78円	156円
個別機能訓練加算Ⅱ	日	20	21円	41円
認知症加算	日	60	62円	124円
通所介護同一建物減算	日	−94	−97円	−193円
通所介護送迎減算	片道	−47	−49円	−97円
生活機能向上連携加算Ⅰ	月	100	103円	206円
生活機能向上連携加算Ⅱ 1	月	200	206円	411円
生活機能向上連携加算Ⅱ 2	月	100	103円	206円
ADL 維持等加算Ⅰ	月	30	31円	62円
ADL 維持等加算Ⅱ	月	60	62円	124円
口腔機能向上加算Ⅰ（月2回を限度）	回	150	154円	308円
口腔機能向上加算Ⅱ（月2回を限度）	回	160	165円	329円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	回	20	21円	41円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	回	5	6円	11円
栄養アセスメント加算	月	50	52円	103円
栄養改善加算	月	200	206円	411円
科学的介護推進体制加算	月	40	41円	82円
感染症災害 3%加算	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合 所定単位数の 3%加算			

② 要支援

加算名		単位	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）
サービス提供体制加算Ⅰ 1 1（要支援1）	月	88	91円	181円
サービス提供体制加算Ⅰ 1 2（要支援2）	月	176	181円	362円
サービス提供体制加算Ⅱ 1（要支援1）	月	72	74円	148円
サービス提供体制加算Ⅱ 2（要支援2）	月	144	148円	296円
サービス提供体制加算Ⅲ 1（要支援1）	月	24	25円	50円
サービス提供体制加算Ⅲ 2（要支援2）	月	48	50円	99円
生活機能向上連携加算Ⅰ	月	100	103円	206円
生活機能向上連携加算Ⅱ	月	200	206円	411円
生活機能向上グループ活動加算	月	100	103円	206円
若年性認知症利用者受入加算	月	240	247円	493円
栄養アセスメント加算	月	50	52円	103円
栄養改善加算	月	200	206円	411円
口腔機能向上加算Ⅰ	月	150	154円	308円

口腔機能向上加算Ⅱ	月	160	165円	329円
一体的サービス提供加算	月	480	493円	986円
通所型独自送迎減算	片道	-47	-49円	-97円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	回	20	21円	41円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	回	5	6円	11円
科学的介護推進体制加算	月	40	41円	82円
同一建物減算（要支援1）	月	-376	-387円	-773円
同一建物減算（要支援2）	月	-752	-773円	-1,545円

＊上記金額は地域加算（10.27）を乗じた額

＊上記介護度別自己負担額に介護職員等処遇改善加算Ⅱ（総単位数の9%）。

（3）実費

		利用料金
昼食代（おやつ込み）		870円（非課税）
介護食（きざみ・ミキサー・トロミ）		昼食一食につきプラス100円（非課税） 朝食・夕食は110円（税 込）
教養娯楽費		300円（非課税）
おむつ代	尿とりパット	50円（非課税）
	フラット	70円（非課税）
	パンツタイプ	130円（非課税）
	テープタイプ	170円（非課税）
給付対象外利用基本料（15分）		800円（非課税）
キャンセル料		870円（非課税）
朝食代		429円（税 込）
夕食代		924円（税 込）
実施区域外送迎料		実施区域を超えてから100円/km（非課税）

＊上記の他、外食代・喫茶代・入場料・駐車料等は実費をいただきます。

9. サービスの中止

- （1）利用予定日の前に、ご利用者の都合でサービスを中止する場合は、前日17時までに申し出てください。
- （2）前日の17時以降のサービス中止は、キャンセル料870円（非課税）を申し受けます。

10. ご利用料の支払い方法

毎月、10日頃に前月分のご請求をさせていただきます。

- 南都銀行・ゆうちょ銀行の自動引落とさせていただきます。どちらの支店でも結構です。

所定の用紙を別途お渡しします。毎月18日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に自動引落させていただきます。

- やむを得ない事情がある方のみ下記へ 20 日迄にお振込み下さい。
振込先：南都銀行 学園前支店 普通預金 口座番号 0733095
口座名義人 株式会社ひまわりの会 代表取締役 酒井建次

11. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お問い合わせ	・ ・ お電話でご相談
利用申込み	・ ・ 利用申込書をご提出
健康診断書	・ ・ ご利用者の健康診断書をご提出
面 談	・ ・ ご利用者に面談
ご 契 約	・ ・ 契約書に署名
ご利用開始	・ ・ サービスの提供を開始

(2) サービスの終了

① ご利用者からサービスを終了する場合

- ア. サービス終了を希望する日の 1 カ月前までに文書でお申し出下さい。
イ. 次の場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ・ 守秘義務に反した場合
 - ・ ご利用者またはご家族などに社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ・ 当社が破産した場合

② 当社からサービスを終了する場合

- やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了 1 カ月前までに文書で通知いたします。
- ・ ご利用者がサービス利用料金の支払いを 3 カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 1 週間以内に支払われない場合
 - ・ ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
 - ・ ご利用者が入院もしくは病気等により、3 カ月以上にわたってサービスが利用できない状態が明らかになった場合
 - ・ ご利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、当事業者の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となったとき。

③ 自動的に終了する場合

- ・ ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立等）と認定された場合
但し、条件を変更して再度ご契約可能な場合がありますのでご相談下さい。
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合

(3) ハラスメントについて

利用者またはその身元引受人ないしご家族（内縁関係等の関係者を含む）職員へ

の次のようなハラスメントは固くお断りします。

ハラスメントが認められる場合はサービスの中断や契約を解除し、法的対応を取らせていただく場合があります

当者の施設やサービスの快適性、安全性を確保するためにもご協力をお願いします

① 身体的暴力・・・身体的な力を使って危害を及ぼす行為

例：コップを投げつける。たたく、唾を吐く

② 精神的暴力・・・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求するなど、性的ないやがらせ行為

③ セクシャルハラスメント・・・意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求

例：必要もなく手や腕を触る。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す

12. 緊急時の対応方法

- (1) サービスの提供中にご利用者の容態の変化などがあつた場合は、事前の打ち合わせに従って、ご家族、主治医、救急隊、医療機関、居宅介護支援事業者などに連絡します。
- (2) 利用中の体調の変化には職員が十分な注意を払いますが、健康状態について、留意すべき点があれば事前に申し出をお願いします。また利用中に気分が悪くなった場合には申し出をお願いします。
- (3) 送迎時やサービス提供中に 37.5 度以上の発熱、嘔吐・下痢等、感染症が疑われる症状が発生した場合、送迎・サービスを中断しご帰宅いただくことがあります。
- (4) 台風・大雪等が予想される場合はサービスを中断させていただくことがあります。
- (5) 施設内で新型コロナウイルス等感染症が発症した場合サービスを中断させていただくことがあります。

13. ご利用中に起こりうるリスクについて

当施設ではご利用者が快適な生活を送られますように、安全な環境づくりに努めておりますが、ご利用中の身体状況や病気にもなう様々な症状が原因となり、下記の危険性があることを十分にご理解ください。

《高齢者の特徴に関して》

- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車いす、椅子、便座からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷等の恐れがあります。
- ☐ 当施設では、原則的に身体拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性もあります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ☐ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血がしやすい状態にあります。
- ☐ 加齢や認知症の進行により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒

息の危険性が高い状態にあります。

- ☐ 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患等から急変・急死される場合があります。
- ☐ 入居者の全身状態が急に悪化した場合、当施設の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

- ☐ 特に_____様は、身体状況及び服用されている薬の影響等から、（_____）を起こしやすいと考えられます。

これらのことは、ご自宅でも起こり得ることですので、ご理解いただきますようお願い申し上げます。

14. 事故発生時の対応方法について

サービスの提供により事故が発生した場合には、応急処置や医療機関への連絡等の必要な措置を講ずるとともに、身元引受人に連絡を行います。また、必要に応じて市町村に報告します。

事故の発生によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、相当因果関係の範囲内の損害を賠償いたします。

ご利用者・身元引受人においては、医療機関が保険会社に利用者の個人情報を提供することの同意と診断書の取得手続きについてご協力ください。

15. 非常災害対策

非常時対応 : 消防計画により対応を行います。

防火責任者 : 島岡 拓麻

訓練 : 年 2 回 防火訓練・救出訓練を行います。

16. 感染症・自然災害発生時の対応

ご利用者の事業所において新型コロナウイルス等の感染症や地震・風水害等の自然災害が発生した際は、サービス提供を中断する、または休む場合があります。

17. ご利用の際に留意いただく事項

医療機関の受診	原則的には協力病院・医院にて受診させていただきます。 なお、ご家族とご相談の上、かかりつけ医での受診もさせていただきます。
居室・設備・器具	居室・設備・器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。 これに反したご利用で万が一破損した場合、賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	当事業所にて管理させていただきます。従って、所持品全てにお名前をご記入下さい。
貴重品の管理	紛失等考えられますので持ち込まないようお願いします。

宗教・政治活動	他のご利用者への活動はご遠慮下さい。
動物の持ち込み	施設内のペットの持ち込みはお断りします。
ボランティア・実習生の受入れ	アクティビティにボランティアが参加することがあります。また、外部実習生を受入れることがあります。
成年後見制度	必要に応じて説明させていただきます。

18. 虐待の防止

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止の為に、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年法律第 124 号）」を遵守します。ご利用者又は他のご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いて、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。

19. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

20. サービス実施の記録と事業計画の閲覧について

- (1) 事業者は、介護計画及びサービスに関する記録をそのサービスを提供した日から 5 年間保存します。
- (2) ご利用者は事業者の営業時間内にその事業所において、事業計画を閲覧できます。

19. サービス内容に関する苦情

株式会社ひまわりの会 苦情・相談受付窓口(本部)

電話 0120-532-315

奈良県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談苦情窓口

電話 0120-21-6899

奈良市福祉部介護福祉課

電話 0742-34-5422

奈良市福祉部福祉政策課

電話 0742-34-5196

(別紙)

個人情報利用等同意書

私及び私の家族は、貴社が私及び私の家族の個人情報を以下のとおり取得、利用及び第三者に提供することに同意します。

記

1 取得する個人情報

- ① 氏名、住所、性別、生年月日、電話番号、メールアドレスなどの本人確認に関する情報
- ② 顔画像等の特定の個人を識別することができる情報
- ③ 健康情報、病歴、障害に関する情報
- ④ 金融機関口座に関する情報、決済及びその方法に関する情報
- ⑤ その他貴社への問合せ、ご連絡に関する情報

2 利用目的

- ① サービス提供のため。
- ② サービスの提供に伴い発生した会計・経理に関する業務、入退所等の管理及び事故の報告等のため。
- ③ 貴社が、利用者の利用する他の事業者の担当者との間で担当者会議を行い、情報を共有するため。
- ④ 支援事業所等との連携及び連絡調整のため。
- ⑤ サービス提供中に病院に行ったときに、医師・看護師等医療関係者に説明するため。
- ⑥ 損害賠償保険などに係る保険会社等へ相談又は届出等を行うため。
- ⑦ 利用の有無、利用時の様子に関し家族への状況を説明するため。
- ⑧ 上記各号にかかわらず、緊急を要する際に家族への連絡を行うため。
- ⑨ その他上記目的に付随する業務を行うため。

3 個人情報の第三者提供

上記2記載のうち③～⑨までの目的で第三者に個人情報を提供する。

以上