

リハビリディイサービス りふる ゆくはし

重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

心身機能の低下がある方に対して、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ができるよう、適正な第一号通所事業（自立支援型デイサービス）サービスを提供することを目的とします

また、関係市町村、地域の保健・医療・復祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます

2. 事業所の概要

(1) 概要

事業所名	リハビリディイサービス りふる ゆくはし
指定番号	4072601638
所在地	福岡県行橋市大字高瀬 379 番地 1
管理者氏名	山口航
電話番号	0930-26-1165
サービスを提供する地域	行橋市・築上町・みやこ町・(※詳細市町村は別紙参照)
営業日	月曜日～土曜日、祝日 (8/13～8/15、12/30～1/3 除く)
営業時間	月曜日～金曜日・祝日 8:00～17:30 土曜日 8:00～17:00
サービス提供時間	月曜日～金曜日 9:00～12:00、13:30～16:30 土曜日 9:00～11:00、13:30～15:30

(2) 職員体制および職務内容

管理者 1名

従事者及び、業務の管理を一元的に行います

生活相談員 3名

利用者様・ご家族様との面談、介護支援専門員との連携を図ることで、利用者様が自宅内で安全な生活が出来る様にサポートします

看護職員 3名

日常生活において利用者様の健康状態の把握、維持・改善に努めます。

介護職員 7名

日常生活において利用者様の負担を軽減する様、身体的サポートをします。

機能訓練指導員 5名

利用者様の状況に応じ、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を支援するためのリハビリテーションを行います

3. サービス内容

第一号通所事業（自立支援型デイサービス）

- ① 病状、障害の観察
- ② 生活環境への適応
- ③ 廃用症候群の予防
- ④ 基本動作能力の維持・回復
- ⑤ 日常生活活動の維持・回復
- ⑥ 対人・社会交流の維持・拡大
- ⑦ 療養生活や介護方法の指導（介護負担の軽減）
- ⑧ 日常生活の自立に向けての指導
- ⑨ 福祉用具利用・住宅改修に関する助言

4. サービス利用にあたっての留意事項

- ① 職員に対する贈り物や飲食物はお受けできません。
- ② 利用者様の都合により第一号通所事業（自立支援型デイサービス）の利用を中止する場合は、前日の営業時間内に事務所にご連絡下さい。
- ③ 非常災害により、安全にサービスを提供できないと判断した場合は、事業所の営業を中止させていただくことがあります。
- ④ 利用者又はその家族は、利用者的心身の状況等に変化が見られた場合は、速やかに事業所の従業者に連絡すること
- ⑤ 事業所の設備・備品を利用する際には、事業所の従業所の指示に従う事
- ⑥ 他サービス利用者の迷惑となる行動等を慎むこと（飲酒など）

5. 地域との連携

事業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の地域との交流を図ります。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、市職員または事業所が所属する区域を管轄する高齢者相談支援センター職員、第一号通所事業（自立支援型デイサービス）について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項目において「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね6ヶ月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設け、記録を作成するとともに当該記録を公表します。

6. 緊急時の対応

速やかに主治医に連絡・救急連絡をとるなどの措置をとります。

7. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、市町村・ご家族・介護予防支援事業者又は介護予防支援事業者から委託を受けた居宅介護支援事業者等へ連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

8. 秘密保持・個人情報保護について

業務上知り得た利用者様及び、ご家族に関する秘密は、正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後も第三者に漏らしません。

但し、事業所がサービス担当者会議などにおいて、個人情報を用いることの同意をお願い致します。

9. 利用者様の尊厳

利用者様の人権・プライバシー保護のため、職員教育を行います。

10. 身体拘束の廃止

いかなる状況下でも、利用者様の自由を制限する身体拘束を行わない事を約束します。

11. 損害賠償責任保険

保 險 會 社	損害保険ジャパン株式会社
保 險 內 容	賠償責任保険

※ 但し、損害賠償保険の支払いは、事業者に故意または過失が存在する場合に限られます。また、損害賠償保険金が支払われる場合であっても、利用者様に過失が認められる場合には、損害賠償が減額されることになります。

○ サービス内容に関する相談・苦情窓口

行橋市役所介護保険課	0930-25-1111
みやこ町役場介護福祉課	0930-32-8032
築上郡築上町役場福祉課	0930-56-0300
福岡県国民健康保険団体連合会介護保険窗口	092-642-7859

○ 利用料金について

(1) 介護保険利用者

(第一号通所事業 (自立支援型デイサービス))

通所介護事業所利用料金表

要介護度	基本料金			生活向上 グループ加算	口腔機能 向上加算(X)	料金介護 向上加算(X)	介護職員 処遇改善加算(X)	利用者負担額 (円)	
要支援1	生活向上 グループ加算	ケアプランに位置づけられた回数	1798	100			「基本料金」+ 「加算料金」に 9.0%を 掛けた額 (端数切り捨て)	1962 +介護職員処遇改善加算額	
		ケアプランに位置づけられた回数を下回った場合	436					436×利用回数+140 +介護職員処遇改善加算額	
	口腔機能 向上加算	ケアプランに位置づけられた回数	1798		160			2022 +介護職員処遇改善加算額	
		ケアプランに位置づけられた回数を下回った場合	436					436×利用回数+200 +介護職員処遇改善加算額	
要支援2	生活向上 グループ加算	ケアプランに位置づけられた回数	3621	100			「基本料金」+ 「加算料金」に 9.0%を 掛けた額 (端数切り捨て)	3809 +介護職員処遇改善加算額	
		ケアプランに位置づけられた回数を下回った場合	447					447×利用回数+140 +介護職員処遇改善加算額	
	口腔機能 向上加算	ケアプランに位置づけられた回数	3621		160			3821 +介護職員処遇改善加算額	
		ケアプランに位置づけられた回数を下回った場合	447					447×利用回数+200 +介護職員処遇改善加算額	

※利用者様宅と当施設との間の送迎を行わない場合は、片道につき470円を減算いたします。

介護負担割合証の割合により、利用料が2~3倍に変動する事があります。

※災害の影響で施設が営業中止になった場合は、各市町村の基準に合わせた請求を行わせていただきます。

(2) その他料金

日常生活上必要な物品は実費負担とする

(3) 事業実施地域以外の送迎費

別紙に記載されている送迎対象地域から5km以内までの送迎については、500円/回を実費負担

令和 年 月 日

第一号通所事業（自立支援型デイサービス）サービスの開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明し交付しました。

《事業者》

所在地 福岡県行橋市大字高瀬 379 番地 1

事業所名 リハビリデイサービス りふる ゆくはし
(事業所番号 : 4072601638)

管理者名 山口 航 印

説明者 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から第一号通所事業（自立支援型デイサービス）サービスについて重要事項の説明を受け、同意しました。

《利用者》

住所

氏名 印
代理人記載の場合 続柄 ()

《家族》

住所

氏名 続柄 () 印

同意書

リハビリディサービス りふる ゆくはし 殿

私は、リハビリディサービス りふる ゆくはしとの間の契約書における秘密保持に関して、当該事業所がサービス担当者会議において、私や私の家族に関する個人情報を用いることに同意します。

平成 年 月 日

利用者

氏名 _____ 印

代筆者 氏名 _____ 印 (続柄)

御家族代表者

氏名 _____ 印 (続柄)

事業者

所在地 福岡県行橋市大字高瀬 379 番地 1

事業者名 リハビリディサービス りふる ゆくはし

代表者名 松田 浩昭 印