

【ゆうあいリハビリセンター】

重要事項説明書

1. 事業者

法人名 : 株式会社 ゆうあいリハビリライフケア
法人所在地 : 群馬県太田市鳥山中町 813 - 13
電話番号 : (0276) - 55 - 1118
代表者氏名 : 代表取締役 塩澤 仁志
設立年月日 : 平成 21 年 2 月 23 日

2. 事業所の概要

事業所の種類 : 指定通所介護事業所・平成 27 年 10 月 1 日
事業所の名称 : ゆうあいリハビリセンター
事業所の所在地 : 群馬県太田市新野町 1348 - 19
事業所の電話番号 : 0276 - 55 - 1313
営業日 : 月曜日から金曜日までとする。

(*ただし、12 月 31 日～1 月 2 日、8 月 15 日・16 日までを除く)

営業時間 : 月曜日～金曜日 9:15～16:30
実施地域 : 太田市

*上記以外の営業時間、曜日でも可能です。お気軽にご相談下さい。
事業所長(管理者の氏名): 新井 和久

(1) 事業所の目的

(株)ゆうあいリハビリライフケアが開設する、ゆうあいリハビリセンター(以下「事業所」という。)が行う指定通所介護事業(以下「事業」という。)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、事業所の生活相談員、機能訓練指導員及び介護職員(以下「生活相談員等」という。)が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。

(2) 当事業所の運営方針

- 1 指定通所介護の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
- 2 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、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るものとする。

3. 通所介護サービスの相談窓口

担当者 管理者又は、担当者(代表取締役: 塩澤仁志)が対応いたします。
月～土曜日 8:30～17:30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護を提供する職員として、以下の職種を配置しています。

事業所に勤務する職員の職種、員数、及び職務内容は次のとおりとする。

- 1 管理者 介護福祉士 1名
管理者は、事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- 2 生活相談員 介護福祉士 1名以上
生活相談員は、事業所に対する指定通所介護の利用の申し込みに係る調整、他の通所介護従業者に対する相談助言及び技術指導を行い、また他の従業者と協力して通所介護計画の作成等を行う。
- 3 介護職員 10名以上
介護職員は食事、レクリエーション、入浴等、指定通所介護全般にわたる利用者への介護・介助を行う。
- 4 機能訓練指導員 2名以上
リハビリテーション評価・訓練・指導を行い、計画書および報告書を作成する。
- 5 看護師（健康管理委託業務看護師） 1以上

5. 利用料

大規模Ⅱ型(7～8時間)		その他加算	
要介護1	607	入浴介助加算Ⅱ	55
要介護2	716	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76
要介護3	830	個別機能訓練加算(Ⅱ)	20
要介護4	946	サービス体制体制強化加算(Ⅱ)	18
要介護5	1059	科学的介護推進体制加算	40
		介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	

- 1 料金の支払方法 当月分の利用料を毎月翌月末までに指定口座振替又は現金でお支払いください。

- 2 その他の費用

通所介護にかかる食費及び諸経費については、次の額を実費にて徴収することができる。

1. 昼食費 1食 400円
2. おむつ代等 1枚 150円

※終日利用及び行事等参加時に上記サービスを受けた場合、それぞれにかかる費用を実費として徴収します。

昼食をご希望いただいている方へ、当日の8時15分を過ぎてからのキャンセルについては、昼食のキャンセルとしては受け付けることができません。

- 3 その他

自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

- A 口座振替（振替日は毎月20日となります。）
- B 現金払い（翌月末までに支払い願います。）
- C 銀行振込（期日までにお振込みいただき、振込手数料はご利用者様のご負担となります。）

6. サービス内容

通所介護の内容は次のとおりとする。

- (1) 食事の提供
- (2) 入浴（一般浴）
- (3) 日常生活動作の機能訓練
- (4) 健康チェック
- (5) 送迎
- (6) アクティビティ
- (7) 時間延長サービス

7. 緊急時の対応

サービスの提供を行っている際に、利用者の病変及び事故が生じた場合必要な措置を講じると共に以下の対応を行います。

- 1 契約時に教えて頂く家族ないし緊急連絡先及び担当ケアマネージャーへ連絡致します。
- 2 主治医への連絡及び指示を家族へ依頼する場合もございます。
- 3 急を要する場合は事業所の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合もございます。
- 4 必要に応じて速やかに市町村への連絡を致します。

8. 勤務体制の確保

事業所は適切な指定通所介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動で、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業員の就業環境が害される事を防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

併せて、留意事項通知においてカスタマーハラスメント防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

9. 苦情処理

- 1 利用者又は家族は、提供されたゆうあいリハビリセンターに苦情がある場合、下記の相談窓口で苦情を申し立てる事が出来ます。
 - 名称 ゆうあいリハビリセンター
 - 電話番号 0276 - 55 - 1313
 - 担当者 新井 和久 （時間 8：30～17：30）
- 2 利用者又は、家族は介護保険法令に従い、市町村および国民健康保険団体連合会等の苦情申立機関に苦情を申し立てる事が出来ます。
 - 群馬県国民健康保険団体連合会 ■ 電話番号 027-290-1323
 - 太田市介護サービス課（介護サービス係） ■ 電話番号 0276-47-1939
- 3 苦情処理の手順・体制は次の通りと致します。
 - ① 苦情処理台帳に記載致します
 - ② 苦情についての事実確認を行います
 - ③ 苦情処理方法を記載し、管理者決裁と致します
 - ④ 苦情処理について関係者と連携を行います
 - ⑤ 苦情処理の改善について、利用者に確認を行います
 - ⑥ 苦情処理は、1日以内に行われることを原則と致します
 - ⑦ 苦情処理についての結果等を台帳に記載致します

10. 個人情報提供

サービス提供にあたり、サービス提供機関との連携を図る事を目的に、利用者および利用者家族の個人情報を利用する事に同意します。

11. 感染症対策について

当事業所では、感染症の発生や拡大を防ぐために以下の措置を講じています。

- 1 年に1回以上、通常は6月に委員会を開催し、感染症対策について検討します。その結果は、従業員全員に周知徹底します。
- 2 感染症の予防と拡大防止に関するガイドラインを設け、適切な対策を行います。
- 3 従業員に対しては、感染症対策のための研修や訓練を定期的に行います。

12. 業務継続に向けた取り組み

当事業所では、利用者様への安定したサービス提供を続けるために、業務継続計画を策定し、実行しています。感染症や非常災害が発生した場合でも、指定訪問介護の提供を可能な限り継続し、非常時の体制で早期の業務再開を目指します。

業務継続計画については、全ての従業員に周知し、定期的に研修や訓練を実施します。これにより、非常時にも迅速かつ適切な対応が可能となります。

また、業務継続計画は定期的に見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

13. 虐待防止について

当事業所では、利用者様の人権を尊重し、虐待を防止するための具体的な取り組みを行っています。

- 1 虐待防止のための体制整備
私たちは、利用者様の人権保護と虐待防止のために、虐待防止の指針を整備し、責任者を設置しています。さらに、全てのスタッフに虐待防止の研修を実施し、この問題に対する理解を深めるとともに、具体的な対策を普及させています。
- 2 成年後見制度の利用支援
ご利用者様が成年後見制度を利用できるように、必要な支援を行っています。
- 3 虐待の通報
従業員や養護者（家族、親族、同居人など）による虐待が発生したと思われる場合は、速やかに市町村に通報します。
- 4 虐待防止対策の検討
虐待防止のための具体的な対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果を全従業員に周知徹底します。
- 5 虐待防止責任者の設置
事業所に虐待防止責任者を設置し、虐待防止に関する取り組みの責任者としての役割を果たします。
- 6 身体的拘束の記録
身体的拘束が行われた場合には、その態様、時間、利用者様の心身の状況、緊急やむを得ない理由などを確認し、記録します。

14. その他

第三者評価の実施状況について、当事業所におきましては、現時点では第三者評価を受審していません。

今後の実施につきましては、事業運営の状況等を踏まえ、適宜検討してまいります。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____

代表者氏名 _____ (続柄 _____)

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。
株式会社 ゆうあいリハビリライフケア
ゆうあいリハビリセンター
説明者職員

氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護の提供開始に同意し
受領しました。

利用者住所

氏名 _____