

# 医整会リハビリセンターデイサービス

## 重要事項説明書

### 1. 指定地域密着型通所介護サービスおよび指定介護予防通所介護サービスを提供する事業者について

名称・法人種別	有限会社 医整会
代表者職氏名	取締役 辻 満男
本社所在地	大阪市東淀川区西淡路1丁目16番13号 新大阪MF Dビル1階
電話番号	06-6160-2003

### 2. 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

#### (1) 事業所概要

名称	医整会リハビリセンターデイサービス
所在地	大阪市東淀川区西淡路1丁目16番13号 新大阪MF Dビル1階
事業所番号	2773003344
管理者	林川 進一
電話番号	06-6160-2007
送迎サービス対象地域	東淀川区・淀川区

#### (2) 職員体制表

役職	勤務体制	主な職務内容
管理者	1名	事業所の従業者の管理及び業務の一元的な管理等。
生活相談員	1名以上	通所介護等の利用申込にかかる調整、通所介護計画書等の作成、利用者の日常生活上における必要な相談援助等。
介護職員	1名以上	利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務等。

機能訓練 指導員	1名以上	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための 訓練指導、助言等。

(3) 当事業所の設備等

定員	午前の部：10名 午後の部：10名	静養室	1室
機能訓練室	1室 46.91㎡	相談室	1室
浴室	なし	送迎車	2台

(4) 営業時間

月曜日から土曜日 午前8時30分～午後4時30分（土曜日は午前のみ）

(5) 定休日

日曜日・祝日および年末年始（12月31日～1月3日）

(6) サービス提供時間

<午前の部> 午前9時00分～午後12時15分

<午後の部> 午後1時00分～午後4時15分

### 3. 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

指定地域密着型通所介護（以下「指定通所介護等」という。）及び指定介護予防通所介護（以下「指定通所介護等」という。）の事業（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、事業所ごとに置くべき従事者（以下「通所介護従事者」という。）が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し適正な指定通所介護等を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

事業所の通所介護従事者は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、利用者が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を営むことができるよう、さらに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家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。また、関係区市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。

### 4. 提供するサービス内容

- (1) 生活指導（相談・援助等）
- (2) 機能訓練・運動器機能の向上指導・レクリエーション
- (3) バイタルチェック
- (4) 送迎
- (5) アクティビティ（介護予防）等

※送迎時の居宅内介助について

居宅サービス計画と通所介護計画に位置付けた上で実施するものとし、  
 所要時間に含める事が出来る時間は1日30分とする。

## 5. 料金

- (1) 利用料金

①通所介護費等

### 【利用料金表：通所介護】

・通所介護費(3時間以上4時間未満)※利用料に地域加算(単位数×10.72)を含む

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	416単位/日	478単位/日	540単位/日	600単位/日	663単位/日
利用料	4460円	5130円	5790円	6440円	7110円
自己負担額 (1割)	446円	513円	579円	644円	711円
自己負担額 (2割)	892円	1026円	1158円	1288円	1422円

・加算

サービス項目	単位数	利用料	自己負担額	自己負担額
--------	-----	-----	-------	-------

			(1割)	(2割)
個別機能訓練加算(1)	56 単位	600 円	60 円	120 円
イ				

・減算

送迎を実施していない場合（利用者様自ら通って頂く場合、家族様が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合）は減算を行う。

但し、利用者様が自ら通う場合の事故等については当事業所では責任を負いかねますのでご了承下さい。

	単位数	利用料	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)
送迎を行っていない場 合	-47 単位/ 片道	-504 円	-50 円	-100 円

【利用料金表：介護予防通所介護】

・介護予防通所介護費

※利用料に地域加算(単位数×10.72)を含む

介護度	要支援 1	要支援 2
単位数	1798 単位 / 月	3621 単位 / 月
利用料	19280 円	38820 円
自己負担額 (1割)	1928 円	3882 円
自己負担額 (2割)	3856 円	7764 円

・加算

サービス項目	単位数	利用料	自己負担額	自己負担額
--------	-----	-----	-------	-------

			(1割)	(2割)
なし				

②送迎代 送迎の実施地域内は無料

③その他

介護保険給付対象外のサービス利用料

リハビリパンツ代	50円(1枚)	後日、利用料と共に請求させていただきます。ご自身でご用意頂くことも可能です。
----------	---------	--

※必要に応じて発生する費用であり、全ての利用者様にお支払いいただくものではございません。

**【※介護度別利用料見積り表】**

○通所介護(3時間以上4時間未満)

[1日あたりの利用料の目安]

※地域加算(単位数×10.72)を含む

介護度	利用料	個別機能訓練加算 (1)イ	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)
要介護1	4460円	600円	506円/日	1012円/日
要介護2	5130円	600円	573円/日	1146円/日
要介護3	5790円	600円	639円/日	1278円/日
要介護4	6440円	600円	704円/日	1408円/日
要介護5	7110円	600円	831円/日	1662円/日

○介護予防通所介護

[1ヶ月あたりの利用料の目安]

※地域加算(単位数×10.72)を含む

介護度	利用料	その他加算	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)
要支援1	1928円	0円	1928円/月	3856円/月
要支援2	3882円	0円	3882円/月	7764円/月

(2) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が必要です。

① ご利用日の前営業日 午後4時00分までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の前営業日 午後4時00分(土曜日は午後12時00分)までにご連絡いただかなかった場合	利用料日額の25%

\*ご利用日の前日が当事業所の定休日の場合はご注意ください。

### (3) 利用料金の支払方法

毎月10日頃までに前月分をご請求いたしますので、当月の末日までにお支払ください。お支払いただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、現金支払または銀行払込みにてお願いしております。

## 6. サービスの提供にあたって

(1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

(2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

(3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（介護予防居宅サービス計画）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「地域密着型通所介護計画（介護予防通所介護計画）以下「通所介護計画等」という」を作成します。なお、作成した「通所介護計画等」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。

(4) サービス提供は「通所介護計画等」に基づいて行ないます。なお、「通所介護計画等」は利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

(5) 地域密着型通所介護等従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業所が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

## 7. サービスの利用のための留意事項

利用者が機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用することとします。また、体調が思わしくない利用者にはその旨を説明し安全指導を図り、体調の度合いにより、事業所の判断でサービスの提供を中止させていただく場合があります。

## 8. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	林川 進一
-------------	-------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

## 9. 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、利用者又はその家族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、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>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又は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。</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 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、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
---------------------------------	--

<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>
----------------------	---

## 10. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

## 11. 事故発生時の対応

(1) 事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から2年間保存します。

(3) 事業所は、利用者に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。

## 12. サービス内容に関する相談・苦情



①当事業所におけるご利用者様相談・苦情担当

相談・苦情等 窓口担当者	
管理者	林川 進一
電話番号	06-6160-2007

②当事業所以外に、公的な相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます

大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室介護保険課	06-6949-5418
大阪市東淀川区保健福祉センター 地域保健福祉担当・介護保険担当	06-4809-9859
大阪市淀川区役所 保健福祉課（保健福祉センター）介護保険担当	06-6308-9859
大阪市福祉局高齢者施策部 介護保険課（指定・指導グループ）	06-6241-6310

### 13. 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（ 管理者 林川 進一 ）

- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年2回 4月・10月）

### 14. 衛生管理等

- (1) 職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 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、次に掲げる措置を講じます。

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をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底しています。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 15. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (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います。

## 16. ハラスメントの対策について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

(1)事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を越える下記の行為は組織として許容しません。

- ①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- ②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- ③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2)ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案件が発生しない為の再発防止策を検討します。

(3)職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

(4)ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

## 17. 地域との連携

サービスの提供にあたっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、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、概ね6ヶ月に1回以上、運営推進会議による評価を受けると共に、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。

2 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共に、当該記録を公表します。

## 18. サービスの第三者評価実施状況について

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施していません。

## 19. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

---

## 20. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〔事業者〕

事業者 有限会社 医整会  
 所在地 大阪市東淀川区西淡路 1 丁目 16 番 13 号  
 新大阪 M F D ビル 1 階  
 事業所 医整会リハビリセンター-デイサービス  
 所在地 大阪市東淀川区西淡路 1 丁目 16 番 13 号  
 新大阪 M F D ビル 1 階

説明者 ㊟

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

〔利用者〕

住 所

氏 名 ㊟

〔家族〕

住 所

氏 名 ㊟

〔代理人〕

住 所

氏 名 ㊟