# デイケアセンター　ほがらか

## 【介護予防通所リハビリテーション】

## 重要事項説明書

当事業所は、ご利用者さまに対して介護予防通所リハビリテーションのサービスを提供いたします。事業所の概要や提供させていただくサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

【目次】


１．　事業所および事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１ページ
２．　事業所の目的と運営方針・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１ページ
３．　職員体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１ページ
４．　営業時間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２ページ
５．　事業実施地域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２ページ
６．　ご利用料金・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２ページ
７．　サービス終了の説明・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３ページ
８．　個人情報の取り扱い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３ページ
９．　情報開示について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３ページ
10.　事故・トラブル発生について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３ページ
11.　苦情について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３ページ
12.　非常災害時の対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４ページ
13.　ご利用上の留意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４ページ


西村　勝栄　様

## 1　事業所

（1）事業所（法人）

| | |
|---|---|
| 名称 | 医療法人　高生会 |
| 所在地 | 京都市伏見区深草直違橋１０－１５７－２ |
| 代表者名 | 髙　謙一郎 |
| 電話番号 | ０７５－６４７－２８２８ |
| ＦＡＸ番号 | ０７５－６４７－２８３８ |

（2）事業所の概要

| | |
|---|---|
| 事業所名 | デイケアセンターほがらか |
| 所在地 | 京都市伏見区深草直違橋 4 丁目 359-1 |
| 管理者名 | 河野　健二 |
| 電話番号 | ０７５－６４３－５５５５ |
| ＦＡＸ番号 | ０７５－６４３－５５８５ |
| 居宅サービスの種類 | 介護予防通所リハビリテーション |
| 利用定員 | 単位１　 9:00～12:30　定員 20 名<br>単位２　13:30～17:00　定員 20 名<br>単位３　10:00～15:30　定員 20 名（入浴・食事あり） |
| 事業者番号 | ２６１０９０７８５５ |

## 2　当事業所(施設)の目的と運営方針

当事業所は、介護保険法及び関係書法令・条例の主旨に従い、ご利用者がその能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう本サービスの提供を行う。

当事業所では、個人の尊厳・プライバシーを尊重し、ご利用者の心身の状態・環境に配慮する。居宅において可能な限り自立した生活が営めるよう適切な理学療法等のリハビリを行い効果的に心身の機能の維持、回復をはかる。

## 3　職員体制

| 職　種 | 員数 | 区　分 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 常　勤 | | 非常勤 | |
| | | 専　従 | 兼　務 | 専　従 | 兼　務 |
| 管理者 | 1 | | 1 | | |
| 医　師 | 1 | | 1 | | |
| 理学療法士 | 3 | | 3 | | |
| 看護職員 | 2 | | 2 | | |
| 介護職員 | 10 | 10 | | | |

## 4　営業時間

月曜日～金曜日　　8時30分　～　17時30分

土曜日　　8時30分　～　12時30分

**＊休業日**　日曜・祝祭日　・お盆・年末年始

## 5　実施地域

伏見区地区（深草全域、桃山全域）、山科区地区（1号線・外環状線まで）、東山区地区（七条通まで）の区域とする。

## 6　利用料金

ご利用者さまの要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

（所得に応じて　2割負担、3割負担　となります。）

■　基本サービス料金　　【1月にかかる費用】　　※1割負担の料金例

・要支援1　　2，393円

・要支援2　　4，461円

■　各種加算料金　　【1月にかかる費用】　　※1割負担の料金例

・サービス提供体制強化加算　　要支援1　　25円

要支援2　　51円

・処遇改善加算　　介護費用総額の10．8％

・利用開始月より12月を超え利用した場合　　要支援1　　－127円

要支援2　　－254円

（2）介護保険給付対象外サービス

| サービス種別 | サービスの内容 | 料　金 |
|---|---|---|
| 食　事<br>（単位3のみ） | 食事時間　　昼食　　12時　～　13時<br>＊アレルギー等を事前にお尋ねしています。 | 600円 |
| おむつ代 | | 100円 |
| パット代 | | 50円 |
| その他必要経費 | 徴収の場合は、事前にご案内させて頂きます。 | 実　費 |

※食事代については、当日の午前8時30分までに利用中止のご連絡をいただけない場合は上記料金を徴収させていただきます。

**＜お支払方法＞**

料金は月ごとの精算とし、本事業所が定める期日までにご本人負担分をお支払ください。お支払いただきますと領収書を発行します。お支払方法は、可能な限り銀行引き落としでお願いいたします。

＊利用の中止、変更

利用予定日の前に、ご利用者さまの都合により、介護予防通所リハビリテーションの利用を中止または変更することができます。この場合にはサービス実施日の前日までに事業所に申し出て下さい。

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合がございます。ただし、ご利用者さまの体調不良等の正当な事由がある場合は、この限りではありません。

| | |
|---|---|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合 | 無料 |
| 利用予定日の前日までに申し出がなく<br>当月の利用がなくなった場合 | 当月の利用料金の１０％（自己負担相当額） |

## 7　サービスの終了

ア　ご利用者さまのご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する旨をお申し出ください。

イ　当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事業により、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が、その場合は、終了１か月前までに文書で通知いたします。

ウ　・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者さまの要介護認定区分が、自立と認定された場合
・ご利用者さまが亡くなられた場合

エ　その他

ご利用者さまやご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、1 カ月以上の料金滞納があり、再三の督促にも関わらずお支払いいただけない場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

## 8　個人情報の取扱につきまして

当事業所は「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修につとめ漏洩に注意を払います。また、情報を第三者に提供する場合を別紙にてご提示し、事前にご利用者さまのご承認をいただいております。あらかじめお示しした用途以外には決して利用しません。

## 9　情報開示につきまして

当事業所は、ご利用者さまの求めに従って、ご利用者さまご自身に関する情報(リハビリ記録、サービス提供記録に類するもの、その他)を開示しております。遠慮なくお尋ねください。

ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、当事業所所定の書面によりご本人様のご了解を得てからの情報提供になります。あらかじめご了承ください。

## １０　事故・トラブル発生等につきまして

本説明書１－(２)の電話番号宛、または担当者宛にご連絡をお願いいたします。
必要に応じて、ケアマネジャー、他のサービス事業者、市町村窓口等へ連絡等必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

## １１　苦情等につきまして

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一 不満や苦情がおありでしたら、遠慮なくお申し付けください。下記電話番号、責任者宛にご連絡をお願いいたします。

苦情受付電話　　０７５－６４３－５５５５　　責任者　道下　和則

なお、市区町村、国民健康保険団体連合会にも窓口がございます。

京都府介護福祉事業課　　電話　０７５－４１４－４６７８

京都府国民健康保険団体連合会　電話　０７５－３５４－９０５０

京都市伏見区　深草支所　　電話　０７５－６４２－３６１６（健康長寿推進課）

東山区役所　健康長寿推進課　電話　０７５－５６１－９１８７

山科区役所　健康長寿推進課　　電話　０７５－５９２－３２９０

## １２　非常災害時の対策

| | |
|---|---|
| 災害時の対応 | 別に定める「消防計画」および「災害時対応マニュアル」に<br>のっとり行動します。 |
| 訓練等 | 近隣との協力関係を築くとともに、消防計画にのっとり、定期的に<br>避難訓練を行います。 |
| 防災設備 | 当施設の防災設備<br>・避難階段、火災報知機、ガス漏れ探知機、スプリンクラー、<br>消火器、防火扉 |

## １３　ご利用上の留意点

| | |
|---|---|
| 来訪・同席 | 来訪時間　　営業時間内<br>来訪者は面会時間を遵守し、その都度職員へ届出を行ってください。 |
| 設備・器具等の利用 | 施設、器具を本来の用途以外に用いて破損した場合などは弁償<br>していただく場合があります。 |
| 喫　煙 | 当施設内は禁煙となっています。 |
| 迷惑行為等 | 騒音を立てたり、無断で施設内の他の部屋に入らないでください。<br>政治活動、布教活動は禁止です。 |
| 動物の持ち込み | 原則禁止とさせていただいております。 |

２０２６年　　月　　日

# 説明事項確認書

介護予防通所リハビリサービスの提供にあたり、ご利用者さまに対して本書面に基づいて、
「重要事項」を説明いたしました。

デイケアセンターほがらか

説明者氏名　　**道下　和則**　　㊞

私は、本書面により、「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

ご利用者さま　　住　所　**京都府京都市伏見区深草東伊達町5-8**

氏　名　　㊞

ご利用者さま自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断、対応します。
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。)

身元引受人　　住　所

氏　名　　㊞

ご利用者さまとの関係( ○印)

親族　(　:続柄　　)

成年後見人　　㊞

代　理　人　　㊞

＊確認資料をお見せいただく場合がございます。
あらかじめご了承ください。