デイケアセンターすこやか

【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・３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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４ページ
11.　苦情について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４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

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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	デイケアセンターすこやか
所在地	京都市伏見区深草谷口町６９－１
管理者名	髙　謙一郎
電話番号	０７５－６４５－７２１１
ＦＡＸ番号	０７５－２７５－０４６４
居宅サービスの種類	通所リハビリテーション
利用定員	単位１　8:30～12:00　定員 20 名 単位２　13:00～16:30　定員 20 名 単位３　9:30～15:00　定員 20 名（入浴・食事あり）
事業者番号	２６１０９０７１２９

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	2		2		
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、山科区（一部）、東山区（一部）

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。

■基本通所リハビリテーション費（送迎は料金に含まれます。）　　※1割負担の料金例

所要時間	要介護状態区分	料金（一回につき）
3時間以上4時間未満	要介護1	５１３円
	要介護2	５９６円
	要介護3	６７８円
	要介護4	７８４円
	要介護5	８８８円
5時間以上6時間未満	要介護1	６５６円
	要介護2	７７９円
	要介護3	８９９円
	要介護4	１，０４１円
	要介護5	１，１８２円

■各種加算料金　　※1割負担の料金例

項　目	内　　容	料　金
短期集中リハビリテーション実施加算	退院（退所）または認定日から起算して3月以内の期間に個別リハビリを行います。	１１６円／回
サービス提供体制強化加算	一定の勤続年数を経た職員及び有資格者が配置されています。	6円／回
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算	現状非加算	
入浴介助加算	入浴のお手伝いをいたします。	６３円／回
処遇改善加算	介護職員の処遇改善に供します。 （特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算含む）	総額10.8%／月

送迎を行わない場合　　－５０円（片道につき）／回

（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 （単位３のみ）	食事時間　　昼食　　12 時　～　13 時 ＊アレルギーや好き嫌いを事前にお尋ねしています。	６５０円
おむつ代	リハビリパンツ	１２０円
パット代	尿取りパット	５０円
その他実費	徴収の場合は、事前にお知らせさせて頂きます。	実　費

※食事代については、当日の 8 時 30 分までに利用中止のご連絡をいただけない場合、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。入金確認後、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、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かった場合	当日の利用料金の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。

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、ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ、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　　０７５－６４５－７２１１　　責任者　橋本　賢治

なお、市区町村にも以下の窓口がございます。

京都府介護福祉事業課	電話	０７５－４１４－４６７２
京都府国民健康保険団体連合会	電話	０７５－３５４－９０９０
東山区役所　健康長寿推進課	電話	０７５－５６１－９１８７
伏見区深草支所　健康長寿推進課	電話	０７５－６４２－３１０１
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、定期的に避難訓練を行います。
防災設備	当施設の防災設備 ・避難階段、火災報知機、ガス漏れ探知機、スプリンクラー、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 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。 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

通所リハビリテーション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。

デイケアセンターすこやか

説明者氏名　　**木村　千恵**　　㊞

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。