

# 重要事項説明書

利用者 \_\_\_\_\_ 様

事業者： 株式会社 ゆうせん堂

# (地域密着型通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業)

## 通所介護重要事項説明書 [令和7年4月1日現在]

### 1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

リハビリスタジオ オアシス TEL 048-423-0177

担当 \_\_\_\_\_ 重要事項説明者 \_\_\_\_\_

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

### 2 リハビリスタジオ オアシスの概要

#### (1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

|          |                                                   |
|----------|---------------------------------------------------|
| 事業所名     | リハビリスタジオ オアシス                                     |
| 所在地      | 埼玉県朝霞市本町2丁目25-32 スペースクラフト21 1-A号                  |
| 介護保険指定番号 | 地域密着型通所介護事業 ・ 介護予防日常生活支援総合事業<br>(埼玉県 1172100867号) |
| サービス提供地域 | 朝霞市 志木市 (一部区域)                                    |

#### (2) 営業時間

|          |                    |                  |
|----------|--------------------|------------------|
| 営業日      | 月～土 午前8:30～午後17:30 |                  |
| サービス提供時間 | 午前の部 9:00～12:05    | 午後の部 13:30～16:35 |
| 休日       | 日 ・ 夏季休暇 ・ 年末年始    |                  |

#### (3) 職員体制

|         | 資 格                  | 常 勤 | 非常勤 | 計  |
|---------|----------------------|-----|-----|----|
| 管理者     |                      | 1名  |     | 1名 |
| 生活相談員   | 介護福祉士                | 1名  |     | 1名 |
| 介護職員    | 介護福祉士その他             | 3名  | 1名  | 4名 |
| 機能訓練指導員 | 鍼灸師/マッサージ師/柔整師/理学療法士 | 4名  | 2名  | 6名 |
| 看護職員    | 看護師                  |     | 3名  | 3名 |

### 3 利用料金

#### 1) 介護保険適用の利用料金

(1 単位→10.54 円)

|             |                           | 単位                       | 一割負担分       | 二割負担        | 三割負担        |
|-------------|---------------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 要<br>支<br>援 | 事業対象者・要支援 1               | 1798 単位                  | 1895 円/月    | 3790 円/月    | 5685 円/月    |
|             | 事業対象者・要支援 2 (週 1 回利用)     | 1811 単位                  | 1909 円/月    | 3818 円/月    | 5727 円/月    |
|             | 事業対象者・要支援 2               | 3621 単位                  | 3816 円/月    | 7633 円/月    | 11449 円/月   |
|             | + サービス提供体制強化加算 II (週 1 回) | 72 単位                    | 76 円/月      | 152 円/月     | 228 円/月     |
|             | + サービス提供体制強化加算 II (週 2 回) | 144 単位                   | 152 円/月     | 304 円/月     | 455 円/月     |
|             | + 科学的介護推進体制加算             | 40 単位                    | 42 円/月      | 84 円/月      | 127 円/月     |
|             | + 口腔機能向上加算 II             | 160 単位                   | 169 円/月     | 337 円/月     | 506 円/月     |
| 要<br>介<br>護 | 要介護 1                     | 416 単位                   | 438 円/日     | 877 円/日     | 1315 円/日    |
|             | 要介護 2                     | 478 単位                   | 504 円/日     | 1008 円/日    | 1511 円/日    |
|             | 要介護 3                     | 540 単位                   | 569 円/日     | 1138 円/日    | 1708 円/日    |
|             | + 個別機能訓練加算 I (ロ)          | 76 単位                    | 80 円/日      | 160 円/日     | 240 円/日     |
|             | + 個別機能訓練加算 II             | 20 単位                    | 21 円/月      | 42 円/月      | 63 円/月      |
|             | + サービス提供体制強化加算 II         | 18 単位                    | 19 円/日      | 38 円/日      | 57 円/日      |
|             | + 科学的介護推進体制加算             | 40 単位                    | 42 円/月      | 84 円/月      | 127 円/月     |
|             | + ADL 維持等加算 I             | 30 単位                    | 32 円/月      | 63 円/月      | 95 円/月      |
|             | + ADL 維持等加算 II            | 60 単位                    | 63 円/月      | 126 円/月     | 190 円/月     |
|             | + 口腔機能向上加算 II             | 160 単位                   | 169 円/月 1 回 | 337 円/月 1 回 | 506 円/月 1 回 |
| 共通          | 介護職員等処遇改善加算 I             | ひと月につき +ひと月の所定の単位 × 9.2% |             |             |             |

(2) 自費をいただくもの（介護保険適用外）

|         |                                                                                    |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------|
| お飲み物代   | 週1回利用 /月額 700 円    週2回以上利用/月額 1000 円                                               |
| リハビリパンツ | 衣類を汚された方用<br>1 枚    100 円                                                          |
| 書類印刷代   | サービス提供に関する記録等の複写物の交付にかかる費用<br>1 枚    10 円                                          |
| キャンセル料金 | お客様のご都合で当日のサービスをキャンセルする場合はお早めにご連絡ください。<br><br>※ご連絡なく度々お休みされるとキャンセル料を申し受ける場合がございます。 |

(3) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月初のご利用日に当月分の料金を請求いたしますので、翌月10日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

## 4 サービス内容

通所介護計画に沿って、送迎、機能訓練、その他必要な介護等を行います。

## 5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①利用者の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日の1週間前までに文書または口頭にてお申し出ください。

②当社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情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

③自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当と認定された場合
- ・ 利用者が亡くなられた場合

④その他

- ・ ご利用回数が極端に少ない場合サービスを終了させていただきます。
- ・ お休みが継続して2ヶ月続いた場合サービスを終了させていただきます。
- ・ 当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者やご家族の方などが、当社や当社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は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

（3） 事故発生時の対応

利用者に対する地域密着型通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業のサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に係る地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。

## 6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、地域包括支援センター・居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

|     |        |  |
|-----|--------|--|
| ご家族 | 氏名（続柄） |  |
|     | 住所     |  |
|     | 電話番号   |  |
| 主治医 | 病院名    |  |
|     | 主治医の氏名 |  |
|     | 電話番号   |  |

## 7 当事業所以外の苦情相談窓口について

市町村・国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口で苦情を伝えることが出来ます

**朝霞市** 長寿はつらつ課 048-463-1719（直通）

**志木市** 長寿応援課 048-473-1111

**埼玉県国民健康保険団体連合会** 介護福祉課苦情相談係 048-824-2568

## 8 提供するサービスの第三者評価の実施状況 無し

## 9 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、次の措置を講ずるものとします。

- ①虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ②利用者及びそのご家族からの苦情処理体制の整備
- ③その他、虐待防止のために必要な措置

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（利用者のご家族等高齢者を現に擁するもの）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するものとする。

### (3) 虐待防止検討委員会の設置

リハビリスタジオ オアシスは、虐待発生防止に努める観点から虐待防止検討委員会を設置する。

運営責任者は「管理者」とし、当該者は（虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者）となる。

## 10 会社の概要 と事業内容

|      |                                  |
|------|----------------------------------|
| 社名   | 株式会社 ゆうせん堂                       |
| 資本金  | 1000万円                           |
| 設立   | 平成12年4月 個人開業／平成18年 2月に法人変更       |
| 所在地  | 埼玉県朝霞市本町2丁目25-32 スペースクラフト21 1-A号 |
| 代表者  | 代表取締役 後藤 泉                       |
| 事業内容 | 地域密着型通所介護事業 / 介護予防・日常生活支援総合事業    |

**【事業者】** 埼玉県朝霞市本町2丁目25-32 スペースクラフト21 1-A号

株式会社 ゆうせん堂

代表取締役 後藤 泉 (印)

**【事業所】** 埼玉県朝霞市本町2丁目25-32 スペースクラフト21 1F A号

リハビリスタジオ オアシス（指定番号 1172100867 埼玉県）

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_

署名代行者氏名 \_\_\_\_\_