

医療法人社団はなぶさ
赤羽整形リウマチクリニック
赤羽整形リハビリデイサービス
重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	赤羽整形リハビリデイサービス
所在地	東京都北区赤羽西1丁目34番2号 玉川ビル2階201号室
事業者指定番号	1371704410
管理者	
連絡先	電話：03-3900-0570
	FAX：03-3900-0572
サービス提供地域	東京都北区赤羽西1～6丁目

2. 事業所の職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1名	名	1名
生活相談員	1名以上	1名以上	1名以上
看護師	1名	1名以上	1名以上
介護職員	1名以上	1名以上	3名以上
機能訓練指導員	1名以上	1名以上	1名以上
運転手		1名以上	1名以上

3. サービス提供地域
東京都北区赤羽西1～6丁目

4. 営業日・営業時間

① 営業日

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
×	○	○	×	○	○	○	○

○が営業日、×が休業日です。

その他の休日：年末年始（1月1日～1月3日）

② 営業時間

9：00～17：00 を営業時間とする。

5. サービス提供時間・定員

午前： 9：00～12：10 定員20名
午後： 13：30～16：40 定員20名

6. サービス内容

移動・排泄介助：状況に応じて介助を行います
入浴介助：ご希望により入浴介助を行います
健康チェック：バイタル測定により健康管理を行います
食事提供：午前利用の方には昼食提供を行います
おやつ提供：午後利用の方には希望によりおやつ提供を行います
送迎：ご自宅から施設までの送迎を行います
機能訓練：心身の状況に応じ、計画に沿った機能訓練を実施します
口腔機能向上：口腔内の状況に応じ、計画に沿った活動を実施します
レク・イベント：楽しみや刺激ある時間が過ごせるようにします
相談援助：日常生活・家族介護等について相談援助を行います

7. 利用者負担金

- ① 介護保険の適用がある場合は、原則として介護保険負担割合証に従い、利用料金の1割、若しくは2割、若しくは3割がご利用者の負担額となります。介護保険の限度額を超えての利用分については、全額ご利用者負担となります。
- ② 基本料金（介護保険適用分）は別紙に示すとおりです
- ③ 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります
自費で頂くもの

昼食（飲み物代含む）	：	680円
レクリエーション材料費	：	実費
オムツ	：	実費
おやつ（飲み物代含む）	：	250円
飲み物代	：	100円
複写物	：	一枚10円

交通費

北区赤羽西地区にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、交通費(送迎)の実費を負担していただきます。実費の額は、区域を越えて片道1km毎に100円です。

8. キャンセル

- ① サービスの利用をキャンセルする際には、速やかに下記の連絡先までご連絡下さい。

赤羽整形リハビリデイサービス

電話： 03-3900-0570

営業時間内でのご連絡をお願い致します。

- ② ご利用者の都合でサービスをキャンセルする場合には、サービス利用の前営業日における営業時間内に当事業所までご連絡下さい。
- 上記時間を超えた場合のキャンセルは、ご利用者負担金の100%相当額のキャンセル料をいただきます。
- ただし、ご利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、昼食・おやつ・飲み物代のみのお支払いとなります。

9. サービスの終了

- ① 利用者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日の1週間前までに文書でお申し出ください。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合
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）
- 1) ご利用者が介護保険施設に入所、あるいは死亡した場合
 - 2) 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
 - 3) 当事業所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、ご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、ご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。
 - 4) ご利用者、身元保証人、またはその家族等が、事業所やサービス事業者あるいは他のご利用者その他関係者に対して、故意にハラメントや暴言等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合、または生命、身体、財産、若しくは信用を傷つける恐れがあり、事業所が通常の方法ではこれを防止できないと判断した場合、事業所の施設運営を著しく阻害する行為が認められる場合、事業所は文書で解約を通知することによって即座に契約を解除することができます。

10. お支払い方法

月末で締めた1ヶ月分の御請求書を、翌月上旬に担当者よりお渡し致しますので、後日当事業所窓口にてお支払い下さい。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦一日あたりのご利用料金全額を頂き、サービス提供証明書を発行致しますので、これを北区の窓口にて提出の上、差額の払い戻しを受けて下さい。

11. 緊急時の対応

サービス提供にあたり、事故・体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、ご家族・主治医・救急機関・居宅介護支援事業者等へ連絡します。必要時連携医療機関での対応を行います。

医療機関等	主治医の氏名	
	医療機関	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	続柄	
	連絡先	
居宅介護支援	介護支援専門員	
	支援事業所	
	連絡先	

1 2. 事故発生時等の対応

万一、指定通所介護等の提供により事故・トラブルが発生した場合は、担当居宅介護支援事業者、市町村およびご家族に連絡をし、適切にかつ迅速に対応し、その内容に応じたご利用者の主治医等へ連絡し指示を仰ぎます。また、ご利用者に対する指定通所介護等の提供により、自己の責に帰すべき事由により利用者様に生じた損害について賠償する責任を負います。

1 3. 相談窓口・苦情対応

- ① 当事業所の通所介護及び北区独自通所型サービス及び総合事業通所介護サービスに関するご相談・苦情を承ります。

当事業所の 相談窓口	電話番号	03-3900-0570
	FAX番号	03-3900-0572
	相談担当者	法人理事長/管理者
	対応時間	営業時間内

- ② 公的機関においても、次の機関にて苦情申し出等ができます。

北区介護保険課給付調整係	電話	03-3908-1286
介護予防・日常生活支援担当課	電話	03-3908-9017
東京都国民健康保険団体連合会	電話	03-6238-0177

1 4. サービス利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意頂きたいことは以下の通りです

- ① サービス利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出下さい。
- ② 複数のご利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- ③ 体調や容態急変等によりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員、地域包括支援センター（高齢者あんしんセンター）または当事業所の担当者へご連絡下さい。
- ④ 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。他の利用者様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。
- ⑤ 当事業所では第三者評価を受審しておりません。
- ⑥ 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）、職員に対する精神的暴力（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）、職員に対するセクシャルハラスメント（意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為）を禁止行為とさせていただきます。

1 5. 非常災害・感染症対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時・感染症対応マニュアルを策定しております。

事業所は、大規模な地震や火災等の災害時、感染症の発生など非常事態により利用者や事業所の職員、その他関係者の安全を確保出来ないときと事業所において判断したときは、事業所の運営を維持的に停止する場合があります。

1 6. 虐待防止の措置

事業者は、高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、委員会開催、担当者の配置、指針の整備等必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じます。

1 7. 業務継続に向けた取り組み

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護及び北区独自通所型サービス及び総合事業通所介護サービス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。

- * 通所介護及び北区独自通所型サービス及び総合事業通所介護サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。
- * 重要事項事項説明書において、介護保険法改正に伴う事項等の軽微な変更については、別途案内文を通知することをもってこれに代えさせて頂きますので、ご確認下さい。

事業所名 赤羽整形リハビリデイサービス

説明者 _____ 印

- * 契約の締結にあたり、上記の通り説明を受け同意しました。

利用者

家族 氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

又は代理人

氏名 _____ 印