
「指定通所介護」
リハビリデイサービス泉
重 要 事 項 説 明 書

当施設は介護保険の指定を受けています。
通所介護（富山県指定 第 1670202884 号）

当施設はご利用者に対して指定通所介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	1
3. 居室の概要	1
4. 職員の配置状況	2
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	2
6. 苦情の受付について	4
7. 緊急時の対応について	5
8. 損害賠償について	5
9. 非常災害対策について	5
10. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について	5
別紙 利用料金	7

1. 施設経営法人

- (1) 社名 トータル・メディカル津沢株式会社
- (2) 法人所在地 富山県高岡市佐野 497-2 (〒933-0826)
- (3) 電話番号 0766-25-3333 FAX 0766-25-3955
- (4) 代表者氏名 代表取締役社長 津沢 美津子
- (5) 設立年月日 平成 15 年 7 月 1 日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定通所介護事業所・令和 4 年 10 月 1 日指定
富山県 第 1670202884 号
- (2) 施設の目的 介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する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に支援することを目的として、ご利用者に、通所介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 リハビリデイサービス泉
- (4) 施設の所在地 〒933-0826 富山県高岡市佐野 845 番地 1
- (5) 電話番号 TEL 0766-28-2580 FAX 0766-28-2588
- (6) 施設長(管理者)氏名 小川 順也
- (7) 当施設の運営方針 「安心」「尊厳の保持」「地域との共生」を理念とし、家庭的な雰囲気の中で、利用者の方ひとりひとりの気持ちや個性を尊重しリラックスして過ごしていただける介護サービスを目指します。
- (8) 開設年月日 令和 4 年 10 月 17 日
- (9) 定員 通所介護 1 単位目 20 名 2 単位目 20 名 (通常規模型 20 名)
- (10) 事業所が行っている他の業務
当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。
介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号事業
- (11) 通常の事業の実施区域 高岡市
- (12) 営業時間
営業日 月、火、木、金、土曜日
(ただし、年始 1 月 1 日から 1 月 3 日、お盆 8 月 15 日から 16 日までは休み)
営業時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分
サービス提供時間 月、火、木、土：①午前 9 時 00 分から午前 12 時 15 分
②午後 1 時 30 分から午後 4 時 45 分
金：①午後 1 時 30 分から午後 4 時 45 分

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室 数	備 考
食堂・機能訓練室	1 室	67.00 m ²
静養室	1 室	13.28 m ²
相談室（兼用）	1 室	10.28 m ²
事務室	1 室	15.35 m ²
トイレ	3	洋式、車椅子対応あり

※上記は、厚生省が定める基準により、指定通所介護施設に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞

	常 勤		非常勤		職 務 内 容
	専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者		1			管理・監督、センター業務の統括
生活相談員		2			利用申込に係る調整、通所介護計画書の作成、相談・援助業務
機能訓練指導員		1	1	2	心身機能の低下の防止及び維持回復を図る為の訓練の実施。個別機能訓練計画書作成。
看 護 職 員			2	1	日常生活上の健康管理、相談、介護、その他必要な業務
介 護 職 員	1	2		1	日常生活上の介護、その他必要な業務

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合があります。 |
|---|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（介護保険負担限度額認定証による自己負担額を除き通常9割）が介護保険から給付されます。

※一定の所得以上の方は2割または3割負担の場合があります。

〈サービスの概要〉

種 類	内 容	利 用 料
①排泄	・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。	介護報酬の告示上の額 (契約書第8条参照)
②機能訓練	・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、残存機能を十分生かし、日常生活を通して、維持又はその減退を防止する。	
③健康管理	・看護職員が、健康管理を行います。	

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、介護保険負担限度額認定証による自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
 ☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第6条参照）

（※利用料金は、別紙料金表を参照）

（2）その他介護給付サービス加算（別紙料金表・加算料金参照）

加 算	加 算 条 件
個別機能訓練加算	日常生活の基本的動作に関する目標を設定し、状況に応じて事業所内で機能訓練を行います。
介護職員処遇改善加算	ご利用者に提供する介護サービスの資質の向上を目的として介護計画に係る研修の基準を満たしている事について加算されるものです。

（3）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）＊

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

種 類	内 容	利用料
①日常生活上必要となる諸費用実費	日常生活用品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。	個人に要した実費
②レクリエーション、行事	ご利用者の希望によりレクリエーションや行事に参加していただくことができます。 行事により一部実費徴収する場合があります。	個人に要した実費

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあり

ます。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

(4) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記(1)、(2)、(3)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月10日頃利用請求明細書を送付しますので、翌月22日に指定口座より引き落としさせていただきます。(休日の時は翌日、また、1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。又、ゆうちょ銀行に関しましては、翌月20日に指定口座より引き落としさせていただきます。)

金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：銀行、信用金庫、農協、郵便局

(5) 利用中止、変更、追加（契約書7条参照）

利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新しいサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日前日までに事業所に申し出てください。

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あります。ただし、ご利用者の体調不良等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16時まで申し込みがあった場合	無 料
利用予定日の前日まで申し出がなかった場合	当日の利用料金の自己負担額相応分

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により、ご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

6. 苦情の受付について（契約書第22条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 管理者 小川 順也

○受付時間 月～土 8:30～17:30

電話番号 0766-28-2580

（苦情は面接、電話、書面等により随時受け付けます）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

高岡市役所 福祉保健部 高齢介護課	所在地 電話番号	富山県高岡市広小路7番50号 0766-20-1365
富山県 国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号	富山県富山市下野字豆田995番地の3 076-431-9833

富山県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 電話番号	富山県富山市安住町5番地の2 1 076-432-3280
-----------------------	-------------	----------------------------------

7. 緊急時の対応について

- (1) 事故発生（発見）救急搬送の要請など、生命身体の安全を最優先に対応します。
- (2) 事故状況を速やかに家族並びに高岡市、富山県へ連絡いたします。
- (3) 病状の急変が生じた場合は、速やかに主治医又は定めた協力医療機関への連絡を行うとともに、状況について速やかに家族へ連絡いたします。

8. 損害賠償について（契約書第13条、第14条参照）

当施設において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

9. 非常災害対策について

事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

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。

定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

10. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無：無し

11. 事故発生時の対応

指定通所介護又はの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、介護支援専門員、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- (1) 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ます。

12. 虐待防止に関する事項

利用者の人権擁護・虐待の防止のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。
- (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置く。

指定通所介護又はの提供中に、従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、速やかに市町村に通報します。

1 3. 身体拘束等の原則禁止

指定通所介護の提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

- （１）やむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載します。

1 4. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

- （１） 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か月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- （２） 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- （３） 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的を実施する。

1 5. ハラスメント対策の強化に関する事項

職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

1 6. 業務継続計画の策定等

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通所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業務継続計画を策定し、次に掲げる措置を講じます。

- （１）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する。
- （２）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う。

年 月 日

指定居宅サービス（通所介護）の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

所 在 富山県高岡市佐野 497 番 2
事業者名 トータル・メディカル津沢株式会社
氏 名 代表取締役 津沢 美津子 ㊞

上記トータル・メディカル津沢株式会社 重要事項説明委任者
指定通所介護施設 リハビリデイサービス泉 事業所内

説明者 職名 _____

氏名 _____ ㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ ㊞

家 族 住所 _____

氏名 _____ ㊞

続柄 _____