

通所介護〔通所介護相当サービス〕

重要事項説明書

付則

- ① 令和4年10月1日 更新
- ② 令和5年3月1日 更新
- ③ 令和5年4月1日 更新
- ④ 令和6年4月1日 更新
- ⑤ 令和6年6月1日 更新
- ⑥ 令和6年11月1日 更新

株式会社 ファイブスター
リハビリデイサービスオリオン

〒252-0237

神奈川県相模原市中央区千代田6-7-9 坂本ビル1階

電話：042-707-9586（代表）

FAX：042-707-9587

通所介護〔通所介護相当サービス〕重要事項説明書

1. 当通所介護〔通所介護相当サービス〕が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 042(707)9586

(月曜～金曜 8:30から17:30まで)

担当 生活相談員 山口 静香

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2. 株式会社ファイブスター リハビリデイサービスオリオンの概要

(1) 事業所の概要

事業所名	リハビリデイサービスオリオン
所在地	〒252-0237 神奈川県相模原市中央区千代田6-7-9 坂本ビル1階
事業所指定番号	第 1472610433 号
管理者・連絡先	宇都 勇人 電話：042-707-9586
サービス提供地域	相模原市中央区、緑区(下九沢)、南区(麻溝、大野台)の一部

(2) 事業所の職員体制

	常勤	非常勤	兼務有無	業務内容
管理者	1名	0名	無・ <input checked="" type="radio"/>	サービス管理全般
生活相談員	1名以上	0名	無・ <input checked="" type="radio"/>	生活上の相談等
機能訓練指導員	1名以上	1名以上	無・ <input checked="" type="radio"/>	リハビリテーション
看護職員	0名	1名以上	無・ <input checked="" type="radio"/>	医療、健康管理業務等
介護職員	1名以上	3名以上	無・ <input checked="" type="radio"/>	日常介護業務等

(3) 通所介護〔通所介護相当サービス〕内容

曜日	時間	迎え	送り	評価	訓練	リラクゼーション
月	【1単位目】 9:00～12:10	○	○	○	○	○
火		○	○	○	○	○
水	【2単位目】 13:30～16:40	○	○	○	○	○
木		○	○	○	○	○
金		○	○	○	○	○

※祝日営業(土・日曜日、年末30日・31日・年始1日～3日は休業となります)

- ・ ご利用場所およびご利用可能設備等

食堂兼機能訓練室・静養室・相談室・トイレ・送迎車等

- ・ サービス内容

通所介護〔通所介護相当サービス〕計画に沿って、送迎、個別機能訓練その他必要な介護等を行います。

(4) 同施設の設備概要

定員	30名(1単位目、2単位目共に)		
食堂兼機能訓練室	1室	相談室	1室
静養室	1室	送迎車	5台

(5) 営業時間

月曜日～金曜日(祝祭日含む)	8:30～17:30(1単位目、2単位目共に)
土曜日・日曜日	休業日
年末年始休業	12月30日～1月3日

3. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

ご希望の場合、まずはお電話でお申し込みください。当施設職員がお伺いします。ご利用開始日決定後、契約を締結した後、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) サービス利用の終了

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2週間前までにお申し出ください。当施設の都合でサービスを終了する場合、終了30日前までに文書で通知いたします。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

③ その他

- ・利用者が、サービス利用料の支払期限までに支払うことがなく、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当事業所や当事業所の従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、サービス利用契約を終了させていただくことがございます。
- ・やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖または縮小する場合、契約を終了させていただくことがございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・上記の事由により契約が終了した場合であって、利用者のやむを得ない事由によりその契約終了日の翌日以降事業所を利用することとなる場合は、その利用に要する実費を請求します。

4. 料金

① 基本料金

(1) 要介護認定の方（相模原市地域加算10.54を乗じた表示となっております）

基本額 (1回当たり)	介護度	単位数	利用料金(1割)	利用料金(2割)	利用料金(3割)
	要介護1	370単位	389円	779円	1,169円
	要介護2	423単位	445円	891円	1,337円
	要介護3	479単位	504円	1,009円	1,514円
	要介護4	533単位	561円	1,123円	1,685円
	要介護5	588単位	619円	1,239円	1,859円
加算	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ		56単位/1回 1割:59円、2割:118円、3割:177円		
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ		76単位/1回 1割:80円、2割:160円、3割:240円		
	個別機能訓練加算(Ⅱ)		20単位/1ヶ月 1割:21円、2割:42円、3割:63円		
	科学的介護推進体制加算		40単位/1ヵ月 1割:42円、2割:84円、3割:127円		
	口腔機能向上加算(Ⅱ)		160単位/1か月に2回まで 1割:169円、2割:338円、3割:506円		

※上記、所定単位数には介護職員等処遇改善加算Ⅱ(9%)が加算されます。

(2) 事業対象者・要支援認定の方（相模原市地域加算10.54を乗じた表示となっております）

基本額	介護度	入浴の有無	単位数	利用料金 (1割)	利用料金 (2割)	利用料金 (3割)
	事業対象者 要支援1 要支援2	有	475単位 /1回	500円	1001円	1501円
		無	455単位 /1回	479円	959円	1438円

※週の利用予定回数×4回以下のサービスを提供した場合及び、週の利用予定回数×4回より多くサービス提供をした場合を含む(上限は週1回程度で月5回、週2回程度で月10回まで)

加算	口腔機能向上加算(Ⅱ)	160単位/1ヶ月 1割:169円、2割:338円、3割:506円
	科学的介護推進体制加算	40単位/1ヶ月 1割:42円、2割:84円、3割:127円

※上記、所定単位数には介護職員等処遇改善加算Ⅱ(9%)が加算されます。

(3) 運営基準に定められたその他の費用

項目	金額	備考
おむつ代	100円	おむつ代の実費分及び処理代を徴収
教養娯楽費	実費分	個人が希望するレクリエーション等の教材費や特別な行事の参加費等

(4) 通常のサービスを越える費用

項目	金額	備考
介護保険外サービス	介護報酬告示上の額又は、相模原市長が定める額と同額	区分限度額を超えてサービスを利用したい場合など、介護保険枠外のサービス料金です。

5. リハビリデイサービスオリオンの特徴等

(1) 運営の方針

- ① 「自分らしく生きる」「お互い様の心を忘れない」「対話を大切にする」「その方の人生をみる」「やりたいことを諦めない」を介護の基本理念とします。
- ② 契約者が、要介護状態となった場合でも、可能な限り居宅において、自立した生活ができる、かつ自分らしく生きていけるよう、必要な日常生活上の世話及び個別機能訓練等の介護、自宅や自宅周囲の評価・整備を行うことにより、契約者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持、並びに契約者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう援助を行います。

(2) サービスの利用のために

事項	有無	備考
男性介護職員の有無	有	
時間延長の可否	無	
従業員への研修実施	有	随時実施
サービスマニュアルの作成	有	業務マニュアル・事業計画書等

(3) サービス利用にあたっての留意事項

・送迎時間

予め、利用者のご要望をお聞きした上で、当事業所で決めさせていただきます。道路事情等により、送迎時間が多少前後、また変更をお願いする事もあります。

・服装等

活動の開始時には、看護師等により健康チェックを致します。内服薬・点眼薬・皮膚病等に使用する塗布薬などをご持参くだされば、可能な範囲で処置のお手伝いをします。当通所介護〔通所介護相当サービス〕は、医療機関ではありませんので、診断・治療・薬の処方・販売はできません。

・金銭

人の出入りの多い場所です。多額の金額・貴重品の持ちこみはご遠慮ください。

・設備、器具の利用

安全を考慮し、マシン等を利用する際はお声掛けください。

・その他

広報活動等に活動中の写真を使用する時がありますので、不都合がある方は、予めお申し出ください。

6. 秘密保持

- ① 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。職員の退職後も同様とします。また、この守秘義務は契約終了後も同様です。

- ② 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業所等に対し、利用者のおよびその家族の個人情報を用いません。
- ③ 事業者は、利用者の医療上、緊急の必要がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。また、サービス担当者会議においても同様と致します。

7. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

8. 従業員の研修

当事業所は、適切な施設障害福祉サービスが提供できるよう従業員の業務体制を整備するとともに、資質向上をはかるために研修の機会を次のとおり実施しています。

(1) 採用時研修 採用後1ヶ月以内

(2) 継続研修 年2回以上

※その他、上記以外の外部研修についても積極的に受講しています。

9. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応……………緊急時災害マニュアルによる
- ・ 防災設備……………消火器・携帯用拡声器等(防火・防災管理者在中)
- ・ 防災訓練……………年2回(訓練内容は消防署へ提出)

10. サービス内容に関する苦情

- 当事業所のサービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

電話番号	042-707-9586
FAX番号	042-707-9587
担当者	山口 静香
その他	相談・苦情については、担当者、管理者が対応します。 不在の場合でも、対応した者が必ず「苦情相談記録表」を作成し、 担当者、管理者に引き継ぎます。

- その他、お住まいの市役所及び神奈川県国民健康保険団体連合会においても苦情申し立て等ができます。

神奈川県国民健康保険団体連合会 (国保連)	所在地：神奈川県横浜市西区楠町27番地1
	電話番号：045-329-3447
	対応時間：8:30~17:15（土・日曜・祝祭日を除く）
福祉基盤課	所在地：相模原市中央区中央2-11-15
	電話番号：042-707-7046
	FAX番号：042-752-5616
	対応時間：8:30~17:15（土・日曜・祝祭日を除く）

11. 緊急時の対応

利用者の容態に変化等があった場合は、かかりつけ医師に連絡する等必要な措置を講じる他、事前にお聞きする緊急連絡先のご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先①		
ふりがな		
氏名		
住所		
電話番号	自宅	携帯
続柄		
緊急連絡先②		
ふりがな		
氏名		
住所		
電話番号	自宅	携帯
続柄		
主治医		
病院または診療所名		
医師名		
電話番号		

9. 当法人の概要

- | | |
|------------|-------------------|
| ① 名称・法人種別 | 株式会社ファイブスター |
| ② 代表者役職・氏名 | 代表取締役 安西 祐太 |
| ③ 本部所在地 | 横浜市泉区和泉町5468 |
| ④ 電話番号 | 042-707-9586 (代表) |
| ⑤ 運営する施設 | リハビリデイサービスオリオン |

年 月 日

通所介護〔通所介護相当サービス〕サービスの提供開始にあたり、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

- < 所在地 > 神奈川県相模原市中央区千代田6-7-9坂本ビル1階
< 名称 > 株式会社ファイブスター
リハビリデイサービスオリオン

<説明者氏名> _____

私は契約書及び本書面により、事業者から通所介護〔通所介護相当サービス〕サービスについて重要事項の説明を受け、同意をし、交付を受けました。

年 月 日

利用者

- < 住 所 > _____
< 氏 名 > _____

身元引受人（連帯保証人）：続柄 _____

- < 住 所 > _____
< 氏 名 > _____

