第１号通所事業　重要事項説明書（豊島区）

デイサービス　リハビリセンター　ゴルディロックス

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（指定　第　　1371909100　号）

当事業所はご契約者に対して指定通所介護を提供します。事業所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とおり説明します。

〔目　次〕

1. 法人（事業者）の概要
2. ご利用事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 当事業所が提供するサービスの特徴
5. 当事業所の利用料金
6. 緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について
7. 個人情報の取り扱いについて
8. 契約の終了について
9. サービスに関する苦情と相談
10. 非常災害対策

1.　法人（事業者）の概要

（1）法人名　　株式会社ゴルディロックス

（2）法人所在地　　東京都板橋区常盤台１丁目４番１号 シルバン２

（3）電話番号　　03-6905-9367

（4）代表者名　　龍嶋　裕二

2.　ご利用事業所の概要

(1) 事業所の種類　　指定通所介護事業所（平成 26 年 4 月 1 日指定）

(2) 事業所の名称　　リハビリセンター　ゴルディロックス

(3) 事業所の所在地　　東京都板橋区小茂根 2 丁目 4 番 13 号

(4) 電話番号　　03-5926-5415

(5) 管理者名　　荒井　洋太

(6) 開設年月日　　平成 26 年 4 月 1 日

(7) 利用定員　　44　名

(8) サービス提供地域

送迎はなし

(9) 設備の概要

食堂兼機能訓練室	174.37 平米	静養室	1　室
送迎車両	7　台	相談室	1　室

(10) 営業日、時間

月～金曜日・祝日	午前 8 時 45 分～午後 5 時 15 分
土曜・日曜日	定休日

年末年始は休業です。（　12 月　29　日～　1 月　3　日）

※その他休業に関しては随時ご連絡致します。予め御了承ください。

3.　職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護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。

職員配置については、指定基準を遵守しています。

職　　種	業務内容	常勤換算数	指定基準数
管理者	事業の管理、運営	1名	
生活相談員	相談援助業務、業務管理等	1名	1日あたりの指定配置基準は、下記のとおりです。
看護職員	利用者の看護業務	1名	
介護職員	利用者の介護業務	7名	
機能訓練指導員	機能訓練の指導	2名	

※ 常勤換算　職員それぞれの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定労働勤務時間数(週 40 時間)で除した数です。

配置基準　生活相談員　　1名以上
　　看護職員　　1名
　　介護職員　　7名以上
　　機能訓練指導員　2名以上

令和 6 年 6 月現在

4.　当事業所が提供するサービスの特徴

(1) 運営方針

事業所の従事者は、ご契約者の要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、さらに、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の介護および機能訓練等、その他必要な事業を行うものとします。

(2) 提供するサービス

第１号通所サービス計画に沿って必要なサービス提供を行います。
具体的な内容は、お配りする予定表をご覧ください。

5.　当事業所の利用料金

サービス利用料金(１日あたり)　契約書第６条参照

下記の利用料金表によってご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金および加算料金から介護給付費額を除いた金額(自己負担額)と、その他自己負担額をお支払いください。

(1)　要支援状態区分別のサービス単位数および保険給付額と自己負担額

要支援状態区分別のサービス単位数	事業対象者・要支援１ 436 単位 ※1 月中、全部で 4 回まで利用可		事業対象者・要支援 2 447 単位 ※1 月中、全部で 8 回まで利用可	
利用者負担率	1 割	2 割	1 割	2 割
1. 要支援状態区分別のサービス利用料金	19,008 円	19,008 円	38,976 円	38,976 円
2. 介護保険から給付される金額	17,107 円	15,206 円	35,078 円	31,180 円
3. 自己負担額（1-2）	1,901 円	3,802 円	3,898 円	7,796 円

(2)各種加算（１月あたり）

利用中、すべてのご契約者に一律に加算(体制加算)されるものと、個々の要件に該当した場合に加算されるものがあります。

加算の種類	加算単位	1. 加算料金	2. 介護保険から給付される金額 9 割/8 割	3. 自己負担額 1 割/2 割
口腔機能向上加算	160 単位	1,744 円	1,569 円/1,395 円	175 円/349 円
科学的介護推進体制加算	40 単位	436 円	392 円/348 円	44 円/88 円
栄養アセスメント加算	50 単位	545 円	491 円/ 436 円	55 円/ 109 円
栄養改善加算	200 単位	2,180 円	1,962 円/ 1,744 円	218 円/ 436 円
一体的サービス提供加算	480 単位	5,232 円	4,709 円/ 4,186 円	523 円/ 1046 円
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 90/1000	左記の単位×10.9 円	左記の 9 割/8 割	左記の 1 割/2 割

(3)　**食費**

提供を行っておりません。

(4) **その他の実費**

① お茶代、レクリェーションに係る費用等は自己負担となる場合があります。詳しくは管理者にお尋ねください。

② サービス実施記録等の複写物を請求した場合は、1 枚につき実費 10 円を負担していただきます。

(5) **利用料のお支払方法(契約書第 6 条参照)**

前記の料金・費用は、月末締のうえ 1 カ月ごとに計算し、前月分の請求書を速やかにお渡しします。

お支払い方法は原則、口座振替とし毎月 20 日に前月分が引き落としとなります。

・事業所は、口座振替完了となりましたら、ご契約者等に対し領収証を発行します。

・ご契約者等が事業所に支払うべきサービス利用料金を正当な理由なく遅延した場合には、事業所は上記方法によらない支払い方法を指定します。

6.　緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について

① ご契約者に容体の変化等があった場合は、医師または歯科医師など医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じるほか、緊急連絡先に速やかに連絡いたします。

② 風邪、病気の場合および、当日の健康チェックの結果体調が不調の場合は、サービス内容の変更またはサービスを中止することがあります。

③ 非常災害時の対応については、消防計画や防災計画に基づいて適切に対応します。

④緊急連絡先

体調の変化、非常災害時、緊急の場合は次に定める緊急連絡先に連絡します。

主治医	主治医氏名	病院　　科　　先生
	連絡先	(　　)―　　―
ご家族	ふりがな 氏名 続柄	続柄：
	連絡先	(　　)―　　―
	メール アドレス	@

7. 個人情報の取り扱いについて(契約書第 10 条 および 別紙 1 参照)

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供にかかわる目的以外で使用いたしません。また、利用者とのサービス利用にかかわる契約の締結からサービス終了後においても第三者に漏らすことはございません。個人情報に関する基本方針に基づいて取り扱います。

8. 契約の終了について(契約書第 15 条参照)

当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。従って以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、このような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

① ご契約者が死亡した場合

② 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立され、事業対象者に該当しない場合

③ やむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

④ 事業所の重大な毀損により、ご契約者に対する指定通所介護の提供が不可能になった場合

⑤ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合

⑥ ご契約者から中途解約・契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください)

⑦ 事業所から退所の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照ください)

(1)ご契約者からの中途解約・契約解除の申し出について(契約書第 16 条、17 条参照)

ご契約者は現にサービスを利用している期間を除き、文書で 7 日前までに通知することにより、中途解約・契約解除を申し出ることができます。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

① 介護保険給付対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合

② 事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める指定通所介護を実施しない場合

③ 事業所もしくはサービス従事者が第 10 条に定める守秘義務に違反した場合

④ 事業所もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

⑤ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは、傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応をとらない場合

(2)事業所からの申し出による契約解除について(契約書第 18 条参照)

以下の事項に該当する場合には、事業所からの申し出により契約解除することがあります。

① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、また不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが３カ月以上遅延し、催告した後も 30 日以内に支払われない場合

③ ご契約者が、故意または重大な過失により事業所またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

④ ご契約者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または入院、病気等により、最終利用日から６カ月以上利用がない場合
但し、最終利用日から２カ月以上利用がない時点で、現在利用しているサービス提供時間を取消とする。再開時は、改めてサービス提供時間の調整が必要となる。

⑤ 原則、ご契約者が契約締結日から 2 週間以内にサービス利用を開始されない場合
但し、何らかの理由により初回利用をむかえられない場合、双方で協議の上、初回開始日を決定する

⑥ ご契約者が指定介護福祉施設等に入所した場合

9. サービス内容に関する苦情と相談

① 受付時間

月曜日～金曜日の 9:00～17:00

ただし、年末年始を除く。(12 月 29 日～1 月 3 日まで)

② 当事業所ご利用相談･苦情担当

苦情受付及び対応担当者　管理者：小田嶋　圭介

苦情解決責任者：小田嶋　圭介

電話番号　03-5926-5415

③ 担当者が不在の場合の対応

事務員などが代わりに受付を行い担当者へ引き継ぎます。

④ 苦情対応手順

1. 苦情原因の把握、究明

苦情申出人から電話などで苦情があった場合は、苦情受付担当者が詳しい事情を聴取します。苦情解決責任者は関係従業員または運営責任者から事情を聴取します。

苦情内容に基づき、必要に応じて関係者へ連絡調整を行うとともに、苦情申出人へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(原則当日中に連絡をします)

2. 検討会議の開催

苦情解決責任者が必要と判断した場合に実施します。

3. 解決策の実施

検討の結果、速やかに具体的な対応を行います。

苦情解決責任者が苦情申出人に連絡をいれ、解決案を提示します。

4. 再発の防止

苦情の内容を記録して職員全員が確認し、再発防止に努めます。

苦情申出人の個人情報保護に配慮したうえで、定期的にミーティングを開催し事例の共有を図ります。

⑤ その他窓口

【板橋区】

・板橋区役所　健康生きがい部　介護保険課
　板橋区介護保険苦情・相談室
　電話番号 03-3579-2079

【練馬区】

・保健福祉サービス苦情調整委員事務局
　練馬区役所西庁舎 3 階
　電話番号 03-3993-1344

【豊島区】

・豊島区役所　保健福祉部介護保険課　相談グループ
　電話番号 03-3981-1318

【その他】

・東京都国民健康保険団体連合会
　電話番号 03-6238-0177

10. 非常災害対策

・災害時の対応　----- 消防計画に基づき、対応いたします。
・消防設備　----- 消防関係法令に基づき、消防設備を設置しています。
・防災訓練　----- 消防訓練計画を立案し、定期的に実施しています。
・防災責任者　----- 小田嶋　圭介

別紙１

個人情報の取り扱い　および　写真掲載に関して

私自身および身元保証人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、収集を行うことに同意いたします。

１．利用期間　　介護サービス提供期間および契約期間

２．利用目的
（１）介護計画書作成にあたり、ケアカンファレンス、職員会議の実施のため。
（２）居宅介護支援事業者、医療機関、介護サービス事業者、福祉事業者等との連携（サービス担当者会議）、照会への回答のため。
（３）利用の有無、利用時の様子に関する家族等への心身状況説明のため。
（４）介護事故、緊急時等の報告のため。
（５）介護保険事務（請求処理、会計処理等）
（６）損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届け出等
（７）行政等外部監査機関、評価機関等への情報提供
（８）上記各号にかかわらず、緊急を要する時の連絡等の場合
（９）個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供にかかわる目的以外で使用いたしません。

□個人情報の取り扱いに関して、説明を受けその内容に同意します。

当事業所では、日々の活動をご理解いただくために、サービス時のご様子などをホームページや事業所の掲示物でご報告しております。
利用者様の活動中の写真などをホームページや事業所の掲示物に掲載することを、ご本人様・ご家族様に承諾いただけますと幸いです。

写真掲載に関して、掲載の可否を以下のとおり示します

□承諾します　　□承諾しません

年　　月　　日

指定通所介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項、個人情報の取り扱いおよび写真掲載に関して説明を行い、同意を得て、交付致しました。

デイサービス　リハビリセンター　ゴルディロックス

説明者　　氏　名　　㊞

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項、個人情報の取り扱いおよび写真掲載に関して説明を受け、指定通所介護の開始に同意しました。

ご契約者　　㊞

ご家族　　㊞

代理人　　㊞