

重要事項説明書

株式会社 桜十字

Let's リ八石丸

重要事項説明書

＜令和7年4月1日現在＞

1 利用者（被保険者）

利 用 者 氏 名	様
要介護認定区分	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

2 事業者

事業者の名称	株式会社桜十字
法人所在地	熊本市南区御幸木部 1－1－1
法人種別	株式会社
代表取締役	梶 正登
電話番号	096－378－1111

3 ご利用施設

施設の名称	Let's リハ石丸
施設の所在地	福岡市西区石丸 2-5-6
管理者	宮崎 文哉
電話番号	092-707-7241
FAX番号	092-707-7242
定員	18名

4 事業の目的と運営方針等

（１）事業の目的

介護保険法（平成9年法律第123号。以下、「法」という。）の基準原理に基づき、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、サービスの提供に努めます。

(2) 運営方針

当事業所は、地域密着型通所介護・介護予防型通所サービス（以下、事業）の目的を達成するため、下記の方針でもって運営を行います。

- ①事業は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとします。
- ②事業者自らその提供する指定通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。
- ③事業の提供に当たっては、通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行います。
- ④事業の提供に当たる従業者は、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。
- ⑤事業の提供に当たっては、介護技術等の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。

5 ご利用施設で実施する事業

事業の種類	市長の事業者指定（4091200503） 地域密着型通所介護、介護予防型通所サービス：	
	指定年月日	令和 5 年 4 月 1 日
地域密着型通所介護 介護予防型通所サービス		

6 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日（祝日は営業）
営業時間	8：30～17：30
休業日	日曜日・1/1～1/2
サービス提供時間	9:30～16：45（原則、延長はございません）

7 職員体制（主たる職員）

職 種	職務内容	区 分		
		基準員数	現在員数	
			専従	兼任
管 理 者	施設事業管理	1	0	1
生活相談員	相談業務等	1	0	1
介護職員	日常生活上の 介護	1	2	0
機能訓練指導員	機能訓練及び 生活支援	1	1	0
看護師	看護業務	1	1	0

8 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	休 暇
管 理 者	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）常勤で勤務	４週８休
介護職員	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）常勤で勤務	４週８休
機能訓練 指導員	右記勤務時間帯（１０：００～１７：００）非常勤で勤務	４週８休
生活相談員	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）常勤で勤務	４週８休

9 サービスの内容

（１） 法定給付サービス

種 類	内 容
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
着替え 整容等	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。
機 能 訓 練	機能訓練指導員による利用者の状況に合わせた、機能訓練を行い、心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活が自立できるようリハビリを行います。保有するリハビリ器具は、下記の通りです。 レッグプレス、レッグエクステンション、リカンベント型バイク、ニューステップ、平行棒
入浴	3～4人用の浴槽があります。機械浴はありません。タオル・シャンプーなどはこちらで準備もできます。 お着替えのみご持参ください。
食 事	おかずは常食・一口大刻み・やわらか食・ムース食・カロリー調整食に対応します。（他ご相談ください） ごはんは、米飯・おかゆに対応します。エプロンが必要な方はご持参ください。食事時間 12：00 から。
相 談 及 び 援 助	当施設では、利用者及びその御家族から、いかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 （相談窓口） 生活相談員 宮崎 文哉
その他	当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での時間を実りあるものとするため、随時レクリエーション行事を企画します。

（２） その他

サービス提供記録の保管	この契約の終了後完結して５年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	日を除く毎日８：３０～１７：３０
サービス提供記録の複写物の交付	複写に際しては、実費相当額を負担していただきます。

- (3) サービス計画内容の変更が生じた場合はサービス提供責任者にお申し出下さい。

例：体調不良のためリハビリ中止など。

担当ケアマネジャーにも確認の上で、変更可能な事項については対応させていただきます。

10 通所介護計画作成までのサービス

通所介護計画が作成されるまでの間、日常生活が送れるように適切な各種の介護サービスを提供します。

11 利用者負担金

お支払いいただく利用者負担金は、以下のとおりです。

(1) 基本給付サービス費

別紙参照

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合は、介護保険負担割合証に応じた額をお支払いいただきます。
- ② 保険料の滞納などにより、上記の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額(10割)をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の償還払いを受ける手続きが必要となります。

(2) 基本給付サービス外

種 類	利用者負担金
食 費 (昼食、おやつ込)	常食 700 円／回 一口・きざみ 750 円／回 ミキサー 850 円／回 各禁食 +100 円／回
日用品費(その他) ①入浴セット(タオル・シャンプー等) ②自費入浴代※1 要支援の方対象 ③クラブ活動費(書道等 教養娯楽費) ④外出費用 ⑤ 送迎範囲を超える場合	①105 円／回(税別) ②500 円／回 ③100 円／回 ④その都度ご相談 ⑤500 円／日
オムツ代 (M サイズ) (L サイズ) (LL サイズ)	115 円／枚 (M サイズ) 125 円／枚 (L サイズ) 140 円／枚 (LL サイズ)
尿とりパット	30 円／枚

- ・ サービス提供のキャンセルの場合は、前々日 12 時 00 分までにご連絡ください。

土曜日・月曜日に限り木曜日までといたします。

連絡がない場合、食事代は全額請求されます。

- ・ ※1 要支援の方々は入浴(自立支援の観点)の実施を行っていませんが、リハビリ専門職(理学療法士・作業療法士など)が総合的に評価をしたのちに、ご自宅での入浴が難しいと判断された方に関して入浴の受け入れを行っています。

- ・クラブ活動費に関しては、デイサービスに在庫が無い物や、個別注文が必要な趣味活動については別途料金を頂戴します。
- ・外出費用に関しては、実費を相談させていただきます。
- ・下記外の地域に居住する利用者に対して送迎を実施する場合（往復）500 円頂戴します。

福岡市西区、早良区

（３）利用者負担金のお支払い方法

事業者が、当月の利用者負担金の明細・領収書を翌月 10 日までにお渡ししますので、口座引き落としもしくは現金にてお支払ください。

（４）領収書の発行

事業者は利用者からの利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行致します。

１２ 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	西消防署に非常時の協力をお願いしています。			
平常時の訓練等防災設備	別途定める「消防計画」にのっとり年 2 回昼間を想定した避難訓練を、実施しています。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	なし	防火扉・シャッター	なし
	避難階段	なし	屋内消火栓	なし
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	非常用電源	なし
	カーテンは防炎性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	届出不要			

１３ 通常の事業実施地域

通所介護の利用者に対して、送迎を実施する地域は次のとおりです。

福岡市

西区、早良区

１４ 福祉サービス第三者評価機関による評価

当事業所における第三者評価機関による評価の実施状況 無し

15 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人福岡桜十字 桜十字福岡病院
院長名	山本 雄 祐
所在地	福岡市中央区渡辺通 3-5-11
電話番号	092-791-1100
診療科	一般内科
入院設備	ベッド数 199床
救急指定の有無	無
契約の概要	当施設管理者からの連絡によって、桜十字福岡病院は、利用者の病態悪化やその他必要に応じ、すみやかに適切な処置を講ずる。

16 相談窓口、苦情対応

☆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。

当施設ご利用相談室	電話番号	092-707-7241
	窓口担当者	宮崎 文哉
	ご利用時間	平日午前8時30分～午後5時30分
	ご利用方法	電話・面接

☆公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

住所地の介護保険係	各区保健福祉センター内	
福岡県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地	福岡市博多区吉塚本町13番47号
	電話番号	092-642-7859
	FAX番号	092-642-7857
	対応時間	8:30～17:00（月）～（金）

住所地の介護保険係 （各区保険センター内） 電話番号	早良区	092-833-4352
	西区	092-895-7063

17 虐待・身体的拘束その他の行動制限

- （1）虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- （2）虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。
- （3）従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。
- （4）サービス提供中に、当該事業所従業者又は介護者（現に介護している家族・親族・同居人等）による虐待等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します。
- （5）事業者は、利用者又は他の利用者等の生命もしくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、隔離、身体的拘束、薬剤投与、その他の方法により利用者の行動を制限しません。

- (6) 事業者が、前項により利用者の行動を制限する場合は、利用者に対し事前に行動の制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分に説明します。またこの場合、事業者は事前、又は、事後速やかに利用者の法定代理人、任意後見人、利用者代理人もしくは家族に対し十分説明します。なお、サービスの提供記録にその内容を記載します。

18 緊急時の対応

(1) 事故発生時の対応

- ① 「事故発生時対応マニュアル」に沿い、各専門職員の連携の下に救急処置を行うとともに、ご家族およびかかりつけ医師へ速やかに連絡します。
- ② 誠意を持って事故の説明を行います。
- ③ 送迎途中の事故が発生した場合はマニュアルに沿って対応を行い、説明等は責任者が対応し、状況に応じ、事故を起こした運転者等が同席して対応します。

(2) 急変時における対応

- ① 速やかに医師による診察・応急処置を行い、ご家族およびかかりつけ医への連絡打ち合わせの上で以後の方針を決定し、決定に沿った速やかな対応を行います。

19 損害賠償責任保険

保 険 会 社	(株)損保ジャパン代理店：株式会社オフィスマダム通子
保 険 内 容	賠償事故補償制度

☆損害賠償責任保険の内容について

種 類	賠償内容	金 額
賠償責任保険	対人賠償限度額	¥100,000,000
	対物賠償限度額	¥100,000,000

20 当施設をご利用の際に留意いただく事項

喫煙・飲酒	健康増進法に基づき、喫煙はご遠慮いただきます。飲酒もできません。
迷惑行為等	騒音等他の利用者や近隣住人の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	原則として、利用者をお願いします。
現金等の管理	原則として、利用者・家族をお願いします。
動物飼育	施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
宗教活動 政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
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を禁止いたします。 例：コップを投げつける／蹴る／唾を吐く
職員に対する 精神的暴力	個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を禁止いたします。 例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する

職員に対する セクシュアル ハラスメント	意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ 行為を禁止いたします。 例:必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話を する
----------------------------	---

2 1 非常災害対策

事業者は、災害防止と利用者の安全を図るため、別に定める防災に関する規程に基づき、防火管理者及び消防計画を定め、常に利用者の安全確保に努めるとともに、非常災害に備えるため、所轄消防機関と連絡を密にして、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

2 事業者は非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、その事を定期的に職員に周知する。

2 2 秘密保持について

正当な理由がなく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持に努めます。

- ① 当施設では、その従業者であった者が、正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じます。
- ② 当施設では、居宅介護支援事業者等に対して、利用者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により利用者の同意を得るものとします。

通所介護の利用開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____
(☎ - -)

氏 名 _____ 印

<ご家族または利用者代理人>

住 所 _____
(☎ - -)

氏 名 _____ (続柄) 印

<事業者>

事業者名 株式会社桜十字 Let's リハ石丸 _____

管 理 者 名 _____ 梶 正登 _____ 印

責 任 者 名 _____ 宮崎 文哉 _____ 印