

# 重要事項説明書

株式会社 桜十字  
Let's リハ 六ツ門

# 重要事項説明書

＜令和7年1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	事業対象者・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 六ツ門
施設の所在地	福岡県久留米市小頭町3-16 クラシオン小頭公園前1F
管理者	當田 恭兵
電話番号	0942-48-2255
FAX番号	0942-48-2256
定員	12名（元気デイ定員2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・介護予防通所サービス・元気向上通所サービス（以下、事業という）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事業の質の評価を行い、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、指定通所介護の提供に当たっては、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	地域密着型通所介護 介護予防通所サービス（予防デイ） 元気向上通所サービス（元気デイ）
指定年月日	令和7年1月1日

## 6 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日（祝日は営業）
営業時間	8：30～17：30
休業日	土曜日、日曜日、12/31～1/3
サービス提供時間	地域密着型通所介護 9：25～16：30 介護予防通所サービス 9：25～14：20 元気向上通所サービス 9：25～14：20

## 7 職員体制（主たる職員）

管理者 1人

事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に法令等の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行います。

生活相談員 1人以上

利用者の生活向上を図るため適切な相談、援助その他指定通所介護の提供を行います。

介護職員 1人以上

医師等の指示のもと、通所介護計画に従ったサービスを実施します。また、サービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。

機能訓練指導員 1人以上

機能の減衰を防止するための訓練を行います。

## 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	正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 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、ローイング、エルゴメーター、ニューステップ、平行棒
入浴	広めの浴槽とシャワーがあります。機械浴はありません。シャワーチェア・シャワーキャリー、泡シャワーなど準備しております。 タオルやお着換えはご持参ください。
食事	おかずは常食・刻み・やわらか・ムース食・腎臓食に対応します。 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。
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 當田 恭兵
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	この契約開始から5年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	土・日・年末年始を除く毎日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。

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。

### 1.1 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、原則として基本給付サービス費の1～3

割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・おやつ付き)	常食:600円/1食 刻み:650円/1食 ムース食:700円/1食 やわらかおかゆ:800円/1食 腎臓食(汁物なし):800円/1食
① 外出費用、クラブ活動費 ② 送迎範囲を超える場合 ③ 元気デイ限定入浴費用	①費用が発生した場合に実費の徴収 ②往復500円/日 ③500円/回
オムツ代 (Mサイズ) (Lサイズ) (LLサイズ)	115円/枚 125円/枚 140円/枚
尿とりパット	30円/枚

※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使用された方において別途料金を頂戴します。

※外出費用に関しては、かかる費用をご相談させていただきます。

※送迎範囲は事業所より半径4km以内です。

## 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日前後にお渡ししますので、口座引き落とし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。

### 1.2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」に則り対応を行います。			
近隣との協力関係	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」に則り年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
平常時の訓練等	スプリンクラー	なし	防火扉・シャッター	なし
	非難階段	なし	屋内消火栓	あり

防災設備	自動火災報知機	あり	非常通報装置	なし
	誘導灯	あり	非常用電源	なし
	カーテンは防災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			

### 1.3 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。

事業所より 4km 圏内

具体的に、合川町、朝妻町、旭町、洗町、荒木町一部、梅満町、江戸屋敷、大石町、大手町、上津町一部、上津、京町、櫛原町、小頭町、国分町、小森野町、小森野、篠山町、篠原町、荘島町、白山町、新合川町、城南町、諏訪野町、瀬下町、高野、大善寺町一部、中央町、津福今町、津福本町、寺町、天神町、東和町、通町、通東町、通外町、長門石町、縄手町、南薫西町、南薫町、西町、野中町、野伏間、花畑、原古賀町、東合川一部、東合川町、東合川干出町、東櫛原町、東町、日の出町、百年公園、日吉町、藤光、藤光町一部、螢川町、本町、松ヶ枝町、御井朝妻、御井町一部、南、宮の陣一部、六ツ門町、本山、安武町一部、

### 1.4 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

### 1.5 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人福岡桜十字 花畑病院
理事長・院長	四方田 宗一
所在地	久留米市西町 914 番地
電話番号	0942-32-4565
診療科	内科、外科、循環器内科、放射線科、 整形外科、リハビリテーション科
入院設備	ベッド数 135 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、医療法人福岡桜十字は、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。

### 1.6 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	0942-48-2255
	窓口担当者	當田 恭兵
	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。

久留米市介護保険苦情 相談窓口	所在地 福岡県久留米市城南町 15-3 電話番号 0942-30-9247 FAX 番号 0942-30-9752
福岡県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地 福岡県福岡市博多区吉塚本町 13-47 電話番号 092-642-7859 FAX 番号 092-642-7856
福岡県運営適正化委員 会（健康福祉部地域福 祉課）	所在地 春日市原町 3-1-7 クローバープラザ 4 階 電話番号 092-915-3511 FAX 番号 092-584-3790

## 17 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

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。

## 18 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

## 19 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。
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。
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。

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	意に添わない性的な誘いかけ、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

## 2.0 非常災害対策

- ① 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、定期的に非難、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。

## 2.1 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及び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、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。

## 2.2 虐待防止について

- ①事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。
  - (ア) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
  - (イ) 虐待防止のための指針の整備を行います。
  - (ウ) 虐待を防止するための定期的な研修の実施。（年一回以上）
  - (エ) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置。
- ②事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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、速やかにこれを市町村に通報するものとする。



以上、通所介護の利用開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名のうえ、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 \_\_\_\_\_

<ご家族・利用者代理人>

住 所 \_\_\_\_\_

(☎ - - )

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 )

<事業者>

事 業 者 名 株式会社桜十字 Let'sリハ 六ツ門

代 表 者 名 梶 正登

管 理 者 名 當田 恭兵