地域密着型通所介護〔(介護予防・日常生活支援総合事業)

重要事項説明書

(令和8年6月1日現在)

1．当事業者が提供するｻｰﾋﾞｽについての相談窓口

電話：　０４８（５５１）７１６６

担当：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

2．介護予防リハセンターはなみずきの概要

<事業所名>　介護予防リハセンターはなみずき

<所在地>　埼玉県深谷市樫合８７９－１

<介護保険指定番号>　地域密着型通所介護〔介護予防・日常生活支援総合事業〕

(埼玉県　１１７４６０１０３７　号)

<サービス提供時間>　午前　９：４５　から　午後　４：００　まで

(標準提供時間：６時間以上7時間未満)

3．利用料金

（1）基本料金

介護保険適用分（1単位＝１０．１４円）		
介護度別	介護保険単位	自己負担額（1割）
要　介　護　1	６７８単位／日	６８８円
要　介　護　2	８０１単位／日	８１３円
要　介　護　3	９２５単位／日	９３８円
要　介　護　4	１，０４９単位／日	１，０６４円
要　介　護　5	１，１７２単位／日	１，１８９円
入浴介助加算Ⅱ（1回）	５５単位／回	５６円
個別機能訓練加算Ⅰ（1回）	５６単位／回	５７円
生活機能向上連携加算Ⅱ	１００単位／月 ２００単位／月	１０２円 ２０３円
若年性認知症利用者受入加算（1日）	６０単位／日	６１円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	２２単位／日	２３円
個別機能訓練加算Ⅱ	２０単位／月	２１円

総合事業(要支援Ⅰ及びII)		
要　　支　　援　1	１，７９８単位／月	１，８２４円
要　　支　　援　2	３，６２１単位／月	３，６７２円
生活機能向上連携加算Ⅱ	２００単位／月	２０３円
若年性認知症利用者受入加算	２４０単位／月	２４４円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	８８単位／月 １７６単位／月	９０円 １７９円

共通項目(要介護と要支援)		
科学的介護推進体制加算	４０単位／月	４１円
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	所定単位数の１１.５％	左記１割

介護保険適用外分	
教養娯楽費	実　費
その他	紙おむつ、その他行事費等は別途料金がかかります。
昼　食	ご希望される場合は外部委託となり別途料金となります。通常弁当８００円、特別弁当９５０円。

※１日あたり（１カ月あたり）の自己負担額は、端数の処理上若干の誤差が生じます。
※自己負担額について、２割負担の方は２倍、3 割負担の方は 3 倍になります。

（2）キャンセル料

利用開始前にお客様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。なお、介護予防・日常生活支援総合事業の利用者はかかりません。

①利用日の午前８時 30 分までにご連絡いただいた場合	無　料
②利用日の午前８時 30 分までにご連絡がなかった場合	２，０００円

（3）支払方法

毎月、月初に前月分の請求をいたしますのでお支払い下さい。

4．当施設利用当たっての留意事項

・送迎時間　　…（迎え）　午前８：３０～９：４５
　　（送り）　午後４：００～５：１５

５．サービス内容に関する苦情

１当事業所お客様相談・苦情担当　電話０４８（５５１）７１６６

当事業所の通所介護に関する御相談・苦情を賜ります。

２当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口・埼玉県国民健康保険団体連合会等に苦情を伝える事が出来ます。

大里広域市町村圏組合　介護保険課	電話　０４８（５０１）１３３０（直通）
深谷市長寿福祉課	電話　０４８（５７４）８５４４（直通）
熊谷市長寿いきがい課	電話　０４８（５２４）１４０２（直通）
寄居町福祉課	電話　０４８（５８１）７７１８（直通）
埼玉県国民健康保険団体連合会	電話　０４８（８２４）２５６８（苦情相談専用）
介護福祉課　苦情対応係	

６．職員体制

	常勤	非常勤	備　　考
管理者	1		生活相談員兼務
生活相談員	1		社会福祉主事任用資格等
介護職員	1以上		介護福祉士・介護職員初任者研修
看護職員	1以上		看護師又は准看護師
機能訓練指導員	1		看護師又は准看護師又は針灸マッサージ指圧師等

７．サービスの利用方法

まずはお電話等でお申込み下さい。当法人職員がお伺い致します。なお、事前に居宅サービス計画〔介護予防サービス・支援計画・チェックリスト〕の作成を依頼している介護支援専門員〔地域包括支援センター職員〕とご相談下さい。

８．サービス契約の終了

１ お客様のご都合で解約される場合

サービスの終了を希望される日の１週間前までに文書でお申し出ください。

２ 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は１ヶ月前までに文書で通知致します。

3 次の事由に該当した場合は、お客様に対し文書で通知をすることにより直ちに契約を解約させていただきます。

①サービス利用料金の支払いが正当な理由なく１ヶ月以上遅延し料金を支払うよう催促したにもかかわらず１ヶ月以内に支払われなかった場合

②お客様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、またはお客様の入院若しくは病気等により、３ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態である事が明らかになった場合

③お客様または、そのご身元引受人様が、当法人や当法人職員または、他のお客様に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

４　次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
①利用者が介護保険施設に入所した場合
②施設を閉鎖または、縮小する場合
③利用者が死亡した場合

９．秘密保持・事故発生時の対応

１ 事業者、介護支援専門員〔地域包括支援センター職員〕および事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者およびその身元引受人に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。但し、次の各号についての情報提供を行う場合は予め利用者およびその身元引受人に同意を得たものとします。

① 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等
なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等使用することを厳守します。

② サービス担当者会議等

２ 事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の身元引受人、当該利用者に係る居宅介護支援事業者〔地域包括支援センター〕等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

３ 事業者は、第 2 項の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。

１０．賠償責任

事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・ 身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

令和　　年　　月　　日

事業者

（所在地）埼玉県深谷市西島町２－１６－１

（名称）　医療法人社団優慈会

（所属）　介護予防リハセンターはなみずき

（説明者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、契約書及び、本書面により、事業者からサービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（身元引受人等）

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印