

介護予防・日常生活支援総合事業 指定通所型サービス

重要事項説明書

〈 令和 7 年 6 月 25 日現在 〉

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 健友会
代 表 者 役 職 ・ 氏 名	理事長 古賀 伸行
本社所在地・電話番号	埼玉県川越市吉田 2 0 4 番地 2 / 049-234-1200
法 人 設 立 年 月 日	平成 9 年 3 月 3 日

2. リフレこもれば（以下、当事業所という）が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 0 4 9 - 2 9 8 - 4 3 6 0

受付時間 月・火・木・金 （9時00分～17時00分まで）

水 （9時00分～12時00分まで）

担 当 石沢 寿子

※ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

3. 当事業所の概要

- （1）提供できるサービスの種類 指定地域密着型通所介護（以下、通所介護という）
介護予防・日常生活支援総合事業 指定通所型サービス
及びそれに付随するサービス

（2）事業所の名称及び所在地等

事 業 所 名 称	リフレ こもれば
所 在 地	川越市的場 2 1 0 1 番地 1 1
介護保険事業者番号	1 1 7 0 4 0 3 9 4 1
サービスを提供する対象地域	川越市

（3）職員体制

	業務内容	常勤	非常勤
管理者（兼務）	サービス管理全般	1 名	
生活相談員（兼務 3 名）	生活上の相談等	1 名	2 名
機能訓練指導員（専従）	リハビリテーション・機能回復訓練等		1 名
介護職員（専従 1 名兼務 2 名）	日常介護業務		3 名

（4）整備の概要

定員	1 0 名	静養室	1 室
機能訓練室	1 室	相談室	1 室
送迎車	2 台	事務室	1 室

(5) 営業時間

月、火、木、金	8時30分～17時30分
水	8時30分～12時30分
サービス提供時間（月～金）	9時00分～12時00分
サービス提供時間（月、火、木、金）	13時00分～16時00分
定休日	土曜日、日曜日、祝日及び12月30日～1月3日

4. サービス内容

通所介護計画又は通所型サービス計画に沿って、送迎、機能訓練その他必要な介護を行います。具体的な内容は日課表をご覧ください。

5. 利用料金

① 介護予防・日常生活支援総合事業 指定通所型サービス利用料

・基本利用料

(1) 月額制 ※1週当たりの標準的な回数を定める場合

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
要支援1	1,847円	3,693円	5,540円
要支援2	3,719円	7,438円	11,157円
総合事業対象者	1,847円	3,693円	5,540円

(2) 回数制 ※1月当たりの回数を定める場合

	1回あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
要支援1（月4回まで）	448円	896円	1,344円
要支援2（月8回まで）	459円	918円	1,377円
総合事業対象者（月4回まで）	448円	896円	1,344円

※月額制・回数制の選択は、予め介護予防サービス計画書に定められたものとなります。
請求は、計画に定められた区分での算定となります。

・加算料金

		1月あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	要支援1・事業対象者	91円	181円	271円
	要支援2	181円	362円	543円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		合計単位の9.2%		

② 自己負担金

- ・その他 上記の他おむつ代、レクリエーション等に係る費用等は実費負担になります。

・アクティビティ材料費一覧

プリント	1枚10円
刺し子	1セット100円
書道	1枚10円
折り紙	1枚2円
画用紙（A5）	1枚5円
リボン（50cm）	1本20円
紐類（50cm）	1本5円
ビーズ	1セット10円
紙粘土	1セット10円
上記に記載のないもの	100円以内の相当額

（2）支払方法

お支払方法は、基本的に口座より引き落としとさせていただきます。引き落とし指定日は毎月28日とします。指定日が休業日にかかる場合、次営業日が引き落とし日となります。

6. サービスの利用方法

（1）サービス利用開始

介護予防サービス計画書または介護予防マネジメントの作成を依頼している場合は、事前に地域包括支援センターとご相談ください。通所型サービス計画書の作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

（2）サービス利用契約の終了

①利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出ください。

②当事業所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、終了30日前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了致します。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合……入所日の翌日
- ・利用者の要介護認定区分が要介護又は非該当（自立）と認定された場合
……前認定期間の満了日
- ・利用者が川越市民でなくなったとき
- ・利用者がお亡くなりになった場合 ……その翌日

④その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを30日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払われない場合、利用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、利用者が入院又は病気等で3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、又は利用者やご家族等が当事業所及び従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただくことがございます。

7. 秘密の保持

- (1) 従事者に業務上知りえた利用者又は家族の秘密を保持させるため、従事者である期間及び従事者でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従事者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・福祉関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

8. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、地域包括支援センター・居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

尚事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：損害保険ジャパン株式会社

保 険 名：損害賠償保険

9. 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）をおき、非常災害対策に関する取り組みを行います。
防火管理者： 管理者 石沢寿子
- (2) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、定期的に従事者に周知します。
- (3) 定期的に避難、救助その他の必要な訓練を行います。

10. 苦情解決の方法

(1) 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

(2) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は、苦情受付担当者から苦情内容の報告を受けたときは、内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。その際、苦情申出人又は苦情解決責任者は、第三者委員の助言を求めることができます。

また、要請により、第三者委員は、話し合いに立ち合い、苦情内容の確認並びに解決策の調整及び助言を行います。

(4) 埼玉県運営適正化委員会等の紹介

事業者で解決できない苦情は、次の機関に申し立て、苦情解決のための助言・斡旋を受ける事ができます。

埼玉県運営適正化委員会 電話 048-822-1243

川越市介護保険課 電話 049-224-8811（内線2565）

埼玉県国民健康保険団体連合会 電話 048-824-2568

11. 相談、苦情の窓口

この契約の履行等に関する相談や苦情につきましては、当事業所管理者のほか、介護保険証を発行した市区町村、国民健康保険団体連合会の窓口でもお受けしています。

★苦情申出窓口★

1. リフレこもれび

電話番号：049-298-4360（受付時間 9:00～17:00）

苦情解決責任者：石沢 寿子

苦情受付担当者：小山 美津子

2. 第 三 者 委 員 (1) ^{うわみの}上 蓑 ^{れいこ}礼子 [電話：080-6593-8109]

(2) ^{はりがい}針谷 ^{よりこ}順子 [電話：090-4780-3996]

12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無 有 ・ 無

13. 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りする事があります。
- ② 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止を行うことがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ サービス提供中に容体の変化等があった場合は、サービス利用を中止する場合があります。事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、地域包括支援センター・居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡するなど、必要な措置を講じます。
サービスを中止した場合、同週内であれば、ご希望の日に振り替えることが出来ます。
ただし、定員数分の予約が入っている日には、振替が出来ませんのでご了承下さい。

1 4. 欠席の連絡について

利用を欠席される場合は前日の17時30分までにご連絡下さい。

当日、急な体調不良などにより、欠席される場合は、午前利用の方は8時30分に、午後利用の方は12時00分までに、事業所へご連絡をお願い致します。

1 5. その他のことから

(1) 送迎に関して

お約束時間に車両を運行するよう努力しておりますが、交通渋滞や気象状況、アクシデントのため、時間が前後することがあります。

また、送迎ルート変更のため、お時間の変更をお願いすることもあります。

(2) 安全な運営に関して

気象状況により、安全な事業所運営が困難であると判断した場合、サービスの提供を中止させていただくことがあります。

介護予防・日常生活支援総合事業 指定通所型サービスの提供開始にあたり、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、同意を得ました。

事業者	住 所 地	川越市吉田 2 0 4 番地 2
	事業者名	社会福祉法人 健友会
事業所	所 在 地	川越市的場 2 1 0 1 番地 1 1
	事業所名	リフレ こもれば

説明者 氏 名 _____ ㊞

私は、契約書及び本書面により、事業所から介護予防・日常生活支援総合事業 指定通所型
サービスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

保証人 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞