

# 重要事項説明書

株式会社キュアリンク  
リハビリデイ樂りら

滋賀県長浜市大辰巳町36番地

TEL 0749-50-7449

(指定事業所番号：2570301321)

## 1. 事業者について

- |           |                          |
|-----------|--------------------------|
| (1) 法人所在地 | 滋賀県長浜市宮司町 1 1 0 7 番地 1 2 |
| (2) 法 人 名 | 株式会社キュアリンク               |
| (3) 代表者氏名 | 代表取締役 前川直美               |

## 2. 事業所の概要

- |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 事業所の種類  | 地域密着型通所介護事業所 平成 2 5 年 9 月 1 日 指定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| (2) 事業所番号   | 2 5 7 0 3 0 1 3 2 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| (3) 事業所の目的  | 株式会社キュアリンクが設置するリハビリデイ樂りらは、要介護状態の利用者に対し、適切な地域密着型通所介護を提供することを目的とします。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| (4) 事業所の名称  | リハビリデイ樂りら                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| (5) 事業所の所在地 | 〒 5 2 6 - 0 8 3 4<br>滋賀県長浜市大辰巳町 3 6 番地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| (6) 電話番号    | 0 7 4 9 - 5 0 - 7 4 4 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| F A X 番号    | 0 7 4 9 - 5 0 - 7 3 6 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| (7) 管理者氏名   | 前 川 正 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| (8) 運営方針    | 地域密着型通所介護の提供にあたって、要介護状態の利用者に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日常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及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。<br>2 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。<br>3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。<br>4 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。 |

5 地域密着型通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行います。

(9) 通常の事業の実施地域

長浜市のうち旧長浜市（平成 18 年合併前）

(10) 営業日、営業時間及びサービス提供時間、利用定員、休業日

|          |                                                                           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日～金曜日（祝祭日は休業）                                                           |
| 営業時間     | 8：30～17：00                                                                |
| サービス提供時間 | 1 単位目 9：00～12：15<br>2 単位目 13：15～16：30                                     |
| 利用定員     | 1 日 20 名（1 単位目 10 名 2 単位目 10 名）                                           |
| 休業日      | 土曜日、日曜日、祝祭日<br>夏季休暇（8 月 13 日～15 日）<br>年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日）<br>事業所の定める日 |

### 3. 職員の配置状況（令和 5 年 6 月 1 日現在）

(1) 事業所では、利用者に対して地域密着型通所介護サービス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 種     | 常勤専従 | 非常勤専従 | 常勤兼務 | 非常勤兼務 |
|---------|------|-------|------|-------|
| 管 理 者   |      |       | 1    |       |
| 生活相談員   |      |       | 2    |       |
| 介護職員    |      | 1     | 2    |       |
| 機能訓練指導員 | 1    |       | 1    |       |

※ 職員の配置については、指定基準を満たしています。

(2) 職員の勤務体制と担当業務

| 職 種   | 業 務                                                                                               |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者   | 管理者は、職員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、職員に対し法令等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 | 生活相談員は、サービスの利用申込に係る調整、利用者の生活相談、面接、身上調査並びにサービス提供の企画、実施に関すること及び従事者に対する助言指導、地域密着型通所介護計画の作成、説明等を行います。 |

|         |                                                           |
|---------|-----------------------------------------------------------|
| 介護職員    | 介護職員は、利用者への介護、その他の地域密着型通所介護サービスの提供に従事します。                 |
| 機能訓練指導員 | 機能訓練指導員は、利用者が日常生活を営むために必要な機能の維持、改善及びその減退を防止するための業務に従事します。 |

#### 4. 事業所が提供するサービスと留意点

##### (1) 介護保険対象サービス

###### ①基本サービス

|           |                                                                                     |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康状態の確認   | 血圧測定・検温を実施します。                                                                      |
| レクリエーション等 | 季節に応じた行事やゲーム等の活動、体操を実施します。                                                          |
| 送 迎       | (1) 通常の事業実施地域<br>ご希望により、ご自宅と事業所との間の送迎を行います。<br>(2) 通常の事業実施地域以外<br>距離に応じてその費用を徴収します。 |

###### ②加算によるサービス

|            |                                                                              |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 個別機能訓練サービス | 体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練、及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練、又、運動器の機能向上を目的とした個別的機能訓練を実施します。 |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|

##### (2) 介護保険対象外のサービス

|     |                      |
|-----|----------------------|
| おむつ | 利用者に応じた必要なおむつを提供します。 |
|-----|----------------------|

#### 5. 介護保険被保険者証等の提示のお願い

サービスをご利用になる前に、必ず介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証をご提示ください。また、記載内容に変更があった場合にも必ずご提示ください。

#### 6. 利用料金

##### (1) 介護保険の給付対象となるサービスと利用料金

別添をご参照下さい。

##### (2) 介護保険の給付対象とならないサービスと利用料金

下記のサービスは、利用料金の全額が利用者のご負担となります。

###### 【実費負担】

|      |                   |         |
|------|-------------------|---------|
| おむつ代 | 1枚当たり             | 実 費     |
| 交通費  | 通常の事業実施地域を越えた時点から | 100円/km |

※おむつ代は使用時のみのご請求となります。

※その他、実費が生じた場合は、本人の同意を得て、実費を徴収します。

## 7. 利用料金のお支払方法について

- (1) 請求方法 サービスの利用料金は1ヵ月ごとに計算し、ご請求申し上げます。
- (2) 請求書 毎月15日頃に前月分のご請求書をお渡しいたします。
- (3) 支払方法 銀行預金口座振替  
毎月末日までに、前月分をお支払ください。

## 8. 利用の中止、変更、追加について

- (1) 利用者は、利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用の中止をする場合には、利用者はサービス実施日の前日迄に事業者申し出るものとします。
- (2) 利用日の変更及び追加は、担当のケアマネージャーと協議の上、調整させていただきます。

## 9. 事故発生時の対応について

利用者のサービス提供中に事故が発生した場合は、以下の対応を行います。

- ①利用者に対する最善の処置
- ②利用者及び家族への連絡
- ③管理者、居宅介護支援事業者、市町村等へ報告及び連絡
- ④事後の記録及び原因究明並びに再発防止策の検討

## 10. 緊急時の対応について

- (1) サービス提供中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときには速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告します。
- (2) 天災その他の災害が発生した場合は、利用者の避難等の措置を講ずるほか、管理者に連絡の上その指示に従うものとします。

## 11. 非常災害時の対応について

サービス提供中に非常災害が発生した場合は、当事業所の非常災害対策マニュアルに従い、迅速且つ安全な避難誘導を行います。

## 12. 地域との連携について

地域密着型通所介護の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。

地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される運営推進会議を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議に対し通いサービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。

## 13. 苦情の受付について

### (1) 事業所における苦情の受付

事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

所在地 滋賀県長浜市大辰巳町36番地

電話番号 0749-50-7449

FAX番号 0749-50-7367

苦情受付窓口 (担当者) 前川直美

受付時間 8:30～17:00

### (2) その他

事業所以外にも以下の関係機関にも苦情・相談窓口があります。

(各窓口の連絡先一覧)

| 窓 口               | 電 話 番 号      |
|-------------------|--------------|
| 滋賀県国民健康保険団体連合会    | 077-510-6605 |
| 長浜市役所健康福祉部高齢福祉介護課 | 0749-65-7789 |

## 14. 第三者による評価の実施状況

|                   |    |        |       |
|-------------------|----|--------|-------|
| 第三者による評価の実施<br>状況 | あり | 実施日    |       |
|                   |    | 評価機関名称 |       |
|                   |    | 結果の開示  | あり なし |
|                   | なし |        |       |

本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

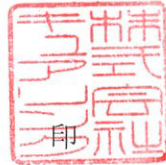
年 月 日

(事業者)

所在地 〒 5 2 6 - 0 8 3 1  
滋賀県長浜市宮司町 1107 番地 12

名 称 株式会社キュアリンク  
リハビリデイ樂りら

代表者 代表取締役 前 川 直 美



説明者 氏 名 前川直美



私は、事業者から本書面により、重要事項の説明を受け、本書面を受領しました。

(本人)

住 所 〒 ー

電話

氏 名

印

(代理人又は代筆者)

住 所 〒 ー

電話

氏 名

印

本人との続柄

代筆の理由