



重要事項説明書
個人情報、肖像権使用同意書

株式会社 オラシオン

リハビリデイサービス 結 リハビリデイサービス結・錦

重要事項説明書

(令和 7 年 4 月 1 日 現在)

1. 地域密着型通所介護及び、通所型サービスを提供する事業者について

名称・法人種別	株式会社 オラシオン
代表者職氏名	代表取締役 太田 宗高
本社所在地	宮城県石巻市錦町 4 - 4 0
電話番号	0225-96-8451

2. 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所概要

名称	リハビリデイサービス 結(ゆい)
所在地	宮城県石巻市山下 1 丁目 5 番 20 号 クレアトゥール 103 号室
事業所番号	0470202375
管理者	永沼 良介
電話番号	0225-98-9040
送迎サービス対象地域	旧石巻市

サテライト事業所

名称	リハビリデイサービス結・錦(にしき)
所在地	宮城県石巻市羽黒町 1 丁目 8-16
事業所番号	0470202375
管理者	永沼 良介
電話番号	0225-90-4864
送迎サービス対象地域	旧石巻市

* 上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください。

(2) 職員体制表【リハビリデイサービス結】

役職	勤務体制		主な職務内容
管理者	常勤 1 名	永沼良介	事業所の従業者の管理及び業務の一元的な管理等。
生活相談員	常勤 1 名以上 (管理者兼務)	永沼良介 澁谷央恵	通所介護等の利用申込にかかる調整、通所介護計画書等の作成、利用者の日常生活上における必要な相談援助等。
介護職員	常勤 1 名以上	永沼ひろみ 澁谷央恵 阿部桃子 遠山美栄子(非) 丹野栄子(非)	利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務等。
機能訓練指導員	常勤 1 名以上	菅野智望 佐々木瞳 太田宗高(非)	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言等。
運転士	非常勤		ご自宅から施設までの送迎を担当。

サテライト事業所：職員体制表【リハビリデイサービス結・錦】

役職	勤務体制		主な職務内容
管理者	常勤 1 名	永沼良介	事業所の従業者の管理及び業務の一元的な管理等。
生活相談員	常勤 1 名以上	齋藤智	通所介護等の利用申込にかかる調整、通所介護計画書等の作成、利用者の日常生活上における必要な相談援助等。
介護職員	常勤 1 名以上	佐々木大城 丹野栄子(非)	利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務等。
機能訓練指導員	常勤 1 名以上	佐々木瞳 菅野智望 太田宗高(非)	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言等。
運転士	非常勤		ご自宅から施設までの送迎を担当。

(3) リハビリデイサービス結

定員	午前の部：10名 午後の部：10名	静養室	1
機能訓練室	1室 55.5 m ²	相談室	1
浴室	なし	送迎車	6台(錦と共用)

サテライト事業所 リハビリデイサービス結・錦

定員	午前の部：10名 午後の部：10名	静養室	1
機能訓練室	1室 36.4 m ²	相談室	1
浴室	なし	送迎車	6台(結と共用)

(4) 営業時間

結：月曜から土曜 午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 30 分

錦：月曜から金曜 午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 30 分

(5) 定休日

結：日曜、夏季休業 8 月 13 日～16 日、年末年始 12 月 30 日～1 月 3 日

錦：土、日 夏季休業 8 月 13 日～16 日、年末年始 12 月 30 日～1 月 3 日

※厚生労働省の『働き方改革』による就労環境の見直し、有給休暇の確実な取得、子育て世帯の負担軽減の為、有給による長期休業を頂く場合があります（時期は未定）

(6) サービス提供時間

結：＜午前の部＞ 午前 9 時～午後 12 時 15 分

＜午後の部＞ 午後 1 時 30 分～午後 4 時 45 分

錦：＜午前の部＞ 午前 9 時～午後 12 時 15 分

＜午後の部＞ 午後 1 時 30 分～午後 4 時 45 分

3. 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

指定地域密着型通所介護及び指定通所型サービス（以下「指定通所介護等」という。）の事業所（以下「事業所」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所ごとに置くべき通所介護従事者（以下「従事者」という。）が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し適正な指定通所介護等を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

事業所の通所介護従事者は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、利用者が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および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。また、関係区市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。

4. 提供するサービス内容

- (1) 介護（利用者に添う介護、移動介助等）
- (2) 機能訓練指導・運動器機能の向上
- (3) 送迎
- (4) 利用者にかかわる相談援助

5. 料金

(1) 利用料金

①通所介護費等

【利用料金表：地域密着型通所介護】

・地域密着型通所介護費（3 時間以上 4 時間未満）

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	416 単位/日	478 単位/日	540 単位/日	600 単位/日	663 単位/日
利用料	4160 円	4780 円	5400 円	6000 円	6630 円
自己負担額(1 割)	416 円	478 円	540 円	600 円	663 円
自己負担額(2 割)	832 円	956 円	1080 円	1200 円	1326 円
自己負担額(3 割)	1248 円	1434 円	1620 円	1800 円	1989 円

・加算

サービス項目	単位数	利用料	自己負担額(1割)/(2割)/(3割)					
個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位	560 円	56 円		112 円		168 円	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位	220 円	22 円		44 円		66 円	
介護職員 処遇改善加算Ⅰ	総単位× 9.2%	総単位× 9.2%		介 1	介 2	介 3	介 4	介 5
			1 割	45 円	51 円	57 円	62 円	68 円
			2 割	91 円	102 円	114 円	125 円	136 円
			3 割	136 円	153 円	171 円	187 円	205 円

【利用料金表：通所型サービス】

・通所型独自サービス費

要介護度(事業対象者)	要支援 1(事業対象者)	要支援 2(事業対象者)
単位数	1798 単位 / 月	3621 単位 / 月
利用料	17980 円	36210 円
自己負担額 (1 割)	1798 円	3621 円
自己負担額 (2 割)	3596 円	7242 円
自己負担額 (3 割)	5394 円	10863 円

・加算

サービス項目	要介護度 (事業対象者)	単位数	利用料	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	88 単位/月	880 円	88 円	176 円	264 円
	要支援 2	176 単位/月	1760 円	176 円	352 円	528 円
介護職員 処遇改善加算Ⅰ	要支援 1	総単位×9.2%/月	総単位×9.2%/月	174 円	347 円	521 円
	要支援 2	総単位×9.2%/月	総単位×9.2%/月	349 円	699 円	1048 円

※利用料金は、サテライト事業所リハビリデイサービス結・錦も同様

②自己負担 負担割合証で証明される負担額 (1 割、2 割、3 割)

③送迎代 送迎の実施地域内は無料 送迎範囲外については石巻市境界線からの往復距離相当のガソリン代を負担いただく

④介護保険給付対象外のサービス利用料

・飲み物、おやつ代：120 円 (1 回の利用につき)

・写真プリントサービス：70 円/1 枚 ※希望者のみ

※プリントサービスは、外部業者に発注して行われます。

(2) キャンセル料

キャンセル料等は発生しませんが、前日午後 5 時 30 分までご連絡ください。

(3) 利用料金の支払方法

毎月 10 日頃までに前月分をご請求いたしますので、当月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、現金支払、銀行払込み、口座振替にて対応いたします。

6. サービスの提供にあたって

(1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容 (被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間) を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

(2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえ速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

(3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（介護予防居宅サービス計画、介護予防ケアマネジメント）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画（通所型サービス計画（以下「通所介護計画等」という）を作成します。なお、作成した「通所介護計画」等は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認くださいよう願います

(4) サービス提供は「通所介護計画」等に基づいて行ないます。なお、「通所介護計画」等は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます

(5) 通所介護等従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

7. サービスの利用のための留意事項

利用者が機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用するものとします。また、体調が思わしくない利用者にはその旨を説明し安全指導を図り、体調の度合いにより、事業所の判断でサービスの提供を中止させていただく場合があります。

8. 緊急時の対応

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

9. 事故発生時の対応

(1) 事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 事業所は、前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、その完結の日から2年間保存します。

(3) 事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 非常災害対策

(1) 事業所に災害対策に関する担当者（統括責任者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（統括責任者）：（ 管理者 1 名 ）

(2) 非常災害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及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

(3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練（計画を含む）を行います。

避難訓練（計画）実施時期：（年 1 回 1 1 月）

11. 衛生管理等

(1) 施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、適切な衛生管理を行います。

(2) 感染症の発生、又はまん延しないよう必要な措置を講じます。

(3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

12. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者	虐待防止委員 委員長 1 名
-------------	----------------

(2) 苦情解決体制を整備しています。

(3) 従事者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

1 3. ハラスメントに関する取り組み

(1) 事業所は、介護現場で働く従事者の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- ② 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
- ③ 意に沿わない性的言動、行為的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

(3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

1 4. 運営推進会議の開催

(1) 地域密着型通所介護事業所（利用定員 18 人以下）については、少人数で生活圏域に密着したサービスであることを踏まえ、地域との連携や運営の透明性の確保の為、6 ヶ月に 1 回以上の運営推進会議を開催する。

(2) 運営推進会議の構成員は『利用者』『利用者の家族』『地域住民の代表者（町内会役員、民生委員等）』『事業所が所在する市の職員、又は地域包括支援センターの職員』『知見を有する物』等によって構成。

(3) 現在、利用（契約）されている利用者は参加資格を有するものとする。参加者については当施設により代表者を選出。また、利用者の家族についても当施設により代表者を選出する。

1 5. サービス内容に関する相談・苦情

① 当施設ご利用者相談・苦情担当

相談・苦情等 窓口担当者	
開設者	太田 宗高
電話番号	0225-96-8451

② 当施設以外に、公的な相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

【市区町村（保険者）の窓口】

石巻市健康部介護保険課	電話番号	0225-95-1111(代)
-------------	------	-----------------

③ 【宮城県国民健康保険団体連合会の窓口】

宮城県国民健康保険団体連合会苦情相談窓口	電話番号	022-222-7700
----------------------	------	--------------

1 6．個人情報使用に関して

利用者及びその家族並びに代理人の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用します。

1 使用する目的

- ① 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- ② 上記①の外、介護支援専門員又は、介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- ③ 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はケガ等で病院へ行った時に、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報の内容

- ① 氏名、生年月日、年齢、住所、健康状態、家族状況等通所介護（介護予防通所介護）計画作成を行うために、最低限必要な利用者及び家族並びに代理人個人に関する情報。
- ② 介護保険者証記載事項、アセスメント（課題評価）書類、サービス提供表、主治医意見書、診断書、その他必要とする書類。

3 使用する期間

リハビリデイサービス 結の提供するサービスを受けている期間

4 使用する条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に開示されることがないように細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議、関係者、内容等の経過を記録しておくこと。
- ③ 情報を提供する場所は、居宅サービス計画に記載されている介護サービス事業所又は緊急時に使用する場合の医療機関に限る。
- ④ 場合によって、本人の申し出により第三者への提供を差止めることが出来る。

1 6．肖像権使用同意書

株式会社 オラシオン及びリハビリデイサービス結、及びリハビリデイサービス結・錦（以下、「事業者等」といいます。）が撮影した動画、画像に利用者が写っている場合、下記の定める使用範囲で許可なく無償で使用することに同意します。また、同意書に記載した内容について偽りが無いことを保証します。

1 【使用範囲等】

- ① 動画及び画像を使用した事業者等、または事業者等が指名した者の作品が、放送・広告・印刷・商品・各種メディア（CD-ROM、インターネット等）、あらゆる媒体で使用されることを許可します。また、媒体へ使用されなかった場合でも、意義申し立てを行いません。
- ② 動画及び画像の選択、光学的創作、変形等に対して意義申し立てを行いません。
- ③ 動画及び画像の使用地域を制限しません。
- ④ 動画及び画像の使用期間を制限しません。
- ⑤ 動画及び画像のデータ、動画及び画像を使用した作品等の提供を求めません。
- ⑥ 上記に記載された物に使用する場合は、事前に本人に通知する。

2 【写真プリントサービスについて】

- ① 画像に写っている者から写真プリントの要請があった場合は、写真プリントのみ対応。
- ② 写真プリントは外部のプリントサービス業者に発注して行われる。
- ③ 写真プリントの料金は一枚 70 円とする。

17. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	-------------------------

通所介護等の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〔事業者〕

事業者：株式会社 オラシオン

所在地：宮城県石巻市錦町 4-40

事業所：リハビリデイサービス 結

所在地：宮城県石巻市山下町 1 丁目 5-20

クレアトゥール 103 号室

サテライト事業所：リハビリデイサービス 結・錦

所在地：宮城県石巻市羽黒町 1 丁目 8-1 6

説明者 _____ ⑩

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、重要事項及び、個人情報の使用について同意します。

〔利用者〕

住 所：石巻市

氏 名： _____ ⑩

〔代理人〕

住 所： _____

氏 名： _____ ⑩