重要事項説明書

（通所介護）



リハビリ型デイサービス

リハビリセンター　アルクルトータス

重要事項説明書

この「重要事項説明書」は、通所介護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1　指定通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人幸知会
代表者氏名	理事長　　角田　竜司
本社所在地 （連絡先及び電話番号等）	栃木県河内郡上三川町下神主 電話（代表）0285-52-1000　　ＦＡＸ（代表）0285-52-1022
法人設立年月日	平成 7 年 10 月 1 日

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) 事業所の所在地等

事業所名称	リハビリセンター　アルクルトータス
介護保険指定事業者番号	平成　29 年　11 月　1 日指定　　事業所番号　0971600820
事業所所在地	栃木県下野市下古山 2522-1
連絡先 相談担当者名	ＴＥＬ　0285-38-6730　ＦＡＸ　0285-38-6765 生活相談員　　中嶋寛之
事業所の通常の事業の実施地域	下野市、上三川町全域　宇都宮市、壬生町 1 部
利用定員	１単位目３０名　２単位目３０名　（通常規模通所介護）

（２）事業の目的及び

事業の目的	高齢者に住み慣れた地域で夢と希望を持って暮らして頂く
運営の方針	社会（地域社会）に貢献し 老人や障害のある方々に 夢と希望を持っていただきたいと願っています

（３）　事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月～金（祝日も営業） ※年末年始休みあり。（１２／３１～１／３）
営業時間	８時３０分から１７時３０分

（４）サービス提供時間

１単位目	９時１０分から１２時１５分
２単位目	１３時４０分から１６時４５分

（５）職員の体制について

管　理　者	田上　森

職	職　務　内　容	人 員 数
管理者	1　従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2　従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3　利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4　利用者へ通所介護計画を交付します。 5　指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。	常　勤　１　名
生活相談員	1　利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2　それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	常　勤　１名
看護師・ 准看護師 （看護職員）	1　サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2　利用者の静養のための必要な措置を行います。 3　利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	常勤　１名
介護職員	1　通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常　勤 4 名 以上
機能訓練 指導員	1　通所介護計画に基づき、その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、機能訓練を行います。	常勤　　2 名 非常勤 2 名

3　提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ　ー　ビ　ス　の　内　容
通所介護計画の作成		1　利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 2　通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3　通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します 4　それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
利用者居宅への送迎		事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、見守りなどを行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動･移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、歩行、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	個別機能訓練	個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供をおこないます。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味･趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

(2) 通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

①要介護者料金表　　※令和 6 年 4 月報酬改定後

※料金表では負担割合の記載が 2 割までですが一定の所得を有する方は 3 割負担になる場合がございます。

サービス提供時間数		3 時間以上 4 時間未満			
		利用料　（1 日当たり）	利用者負担額　1 割 (1 日当り)	利用者負担額　2 割 (1 日当り)	利用者負担額　3 割 (1 日当り)
要介護１	基本単位	370 単位	370 (円)	740 (円)	1110 （円）
要介護２	基本単位	423 単位	423 (円)	846 (円)	1269 (円)
要介護３	基本単位	479 単位	479 (円)	958 (円)	1437 (円)
要介護４	基本単位	533 単位	533 (円)	1066 (円)	1599 (円)
要介護５	基本単位	588 単位	588 (円)	1176 (円)	1764 (円)

②　市町村別総合事業料金表　※令和 6 年 6 月報酬改定後

サービス提供時間数	3 時間以上 4 時間未満			
	利用料　（1 月当たり）	利用者負担額　1 割 (1 月当り)	利用者負担額　2 割 (1 月当り)	利用者負担額　3 割 (1 月当り)
壬生町、宇都宮市　支援１	1798 単位	1798 (円)	3596 (円)	5394 (円)
壬生町、宇都宮市　支援２	3621 単位	3621 (円)	7242 (円)	10863 (円)
下野市（基準緩和型）支援１	1438 単位	1438 (円)	2876 (円)	4314 (円)
下野市（基準緩和型）支援２	2896 単位	2896 (円)	5792 (円)	8688 (円)
上三川町（基準緩和型）支援１	360 単位 ※　回数	360 (円) ※　回数	720 (円) ※　回数	1080 (円)
上三川町　支援２	3621 単位	3621 (円)	7242 (円)	10863 (円)

※上三川町の基準緩和型サービスは加算は一切付きません。

※上三川町の支援２の方は従来型サービスとなります。リハビリの計画書の作成、3 か月に 1 回の体力測定と歩行動画撮影を行います。

③　加算などについて　※令和 6 年 6 月報酬改定後

加　　算	利用料	利用者負担額 1 割負担	利用者負担額 2 割負担	利用者負担額 3 割負担	算定回数等
※個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	**76 単位**	**76 円**	**152 円**	**228 円**	**利用回数（介護）**
サービス提供体制加算Ⅰ	88 単位	88 円	176 円	264 円	１ヵ月（支援１）
サービス提供体制加算Ⅰ	176 単位	176 円	352 円	528 円	１ヵ月（支援２）
※サービス提供体制加算Ⅰ	**22 単位**	**22 円**	**44 円**	**66 円**	**利用回数（介護）**
科学的介護推進体制加算	**40 単位**	**40 円**	**80 円**	**120 円**	**１ヵ月**

④　処遇改善加算、※令和 8 年 6 月から

加　　算	利用料	利用者負担額　1 割負担	利用者負担額 2 割負担	利用者負担額 3 割負担	算定回数等
介護職員処遇改善加算　Ⅰ（ロ）	所定単位数の 12%	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	１ヵ月

⑤ 地域区分

下野市、7 級地　所定単位数の 10.14 単位になります。

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行ないます。

※ 利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2 時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。

※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70／100 となります。

※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

４　その他の費用について

<table>
<tr><td>① 送迎費</td><td colspan="2">利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">② キャンセル料</td><td colspan="2">サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。</td></tr>
<tr><td>前日までに申し出があった場合</td><td>キャンセル料は不要です</td></tr>
<tr><td>前日までに申し出がなかった場合</td><td>５００円</td></tr>
<tr><td colspan="3">ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。</td></tr>
<tr><td>③ おむつ代</td><td colspan="2">１２０円（1 枚当り）</td></tr>
<tr><td>④ パット代</td><td colspan="2">４０円（1 枚当り）</td></tr>
</table>

５　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 ィ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてお届け（郵送）します。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、翌月の２０日に、利用者指定口座から引き落としとなります。 ィ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から２ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

６　サービスの提供にあたって

利用上のご注意 （転倒の可能性） （改善の個人差）	ア　当リハビリステーションは、歩行訓練に特化したリハビリを提供するデイサービスです。常勤専従の機能訓練指導員が、その方の目標に合わせて歩行練習プログラムを作成し、スタッフ全員で万全を期して自立歩行に向けて支援をいたしますが、やむをえず転倒する場合がございますことをご承知おきください。 イ　また、サービスの提供はあくまで機能訓練であり、治療行為とは異なります。機能の改善には個人差があることをご承知おきください。

(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て速やかに当該申請

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（ケアプラン)」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」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします

(4) サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行います。なお、「通所介護計画」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充分な配慮を行います。

7　虐待の防止について

事業者は、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ています。

虐待防止に関する責任者	通所介護管理者　　田上　森

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業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。

8　身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊急性･････直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

(2) 非代替性････身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

(3) 一時性･････利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

９　秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者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・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

１０　第三者評価制度の実施状況について

当事業所においては第三者評価制度の実施はありません。

１１　緊急時の対応方法について

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の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。

●医師連絡先

主治医氏名	
医療機関名	
所在地	
電話番号	ー　　ー

（契約時に記入）

●家族連絡先

氏名・続柄	（続柄　　）
住所	
電話番号（自宅）	ー　　ー
電話番号（勤務先）	ー　　ー
携帯電話	ー　　ー

（契約時に記入）

１２　事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護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、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

保険会社	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保障の概要	賠償限度額１０億

１３　心身の状況の把握

指定通所介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

１４　居宅介護支援事業者等との連携

① 指定通所介護の提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。

③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

１５　サービス提供の記録

① 指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から 5 年間保存します。

② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

１６　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　　職・氏名：（通所介護管理者：　　田上　森　　）

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を行います。

避難訓練実施時期：（毎年２回　５月・１１月）

１７　衛生管理等

① 指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

② 指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように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。

１８　サービス提供に関する相談、苦情について

(1)　苦情処理の体制及び手順

ァ 提供した指定通所介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

ィ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

〇 受付時間　毎週月曜日～金曜日

８：３０から１７：３０

・相談及び苦情に関する常設の窓口を設置し、相談担当者を設けている。

常設窓口：電　話　0285-52-1000　　ＦＡＸ　0285-52-1022

担 当 者：　　佐藤　昌親　・　田上　森

※利用者にはこの内容の印刷物を配布し、周知する予定にしている。

・ 相談及び苦情の内容について、「相談苦情対応シート」を作成している。

・ 担当者が不在の場合、誰もが対応可能なようにするとともに、確実に担当者に引き継ぐ体制を敷いている

(2)　苦情申立の窓口

□【事業者の窓口】 リハビリ型デイサービス リハビリセンター アルクルトータス	所 在 地　栃木県下野市下古山 2522-1 電話番号　0285-38-6730 ﾌｧｯｸｽ番号　0285-38-6765 受付時間　月～金 （午前８時３０分～午後５時３０分）
□【市町村（保険者）の窓口】 下野市役所高齢福祉課	所 在 地　栃木県下野市笹原 26 電話番号　0285-32-8904 ﾌｧｯｸｽ番号　0285-32-8602 受付時間　月～金 （午前９時～午後５時３０分）
□【市町村（保険者）の窓口】 壬生町役場健康福祉課介護保険係	所 在 地　栃木県下都賀郡壬生町大字壬生甲 3841-1 電話番号　0282-81-1876・0282-81-1877 ﾌｧｯｸｽ番号　0282-82-8262 受付時間　月～金 （午前９時～午後５時３０分）
□【市町村（保険者）の窓口】 上三川町保険課高齢者支援係	所 在 地　栃木県河内郡上三川町しらさぎ 1-1 電話番号　0285-56-9102 ﾌｧｯｸｽ番号　0285-56-6868 受付時間　月～金 （午前９時～午後５時３０分）
□【市町村（保険者）の窓口】 宇都宮市保健福祉部高齢福祉課 介護サービスグループ	所 在 地　宇都宮市旭 1-1-5 電話番号　028-632-2906 ﾌｧｯｸｽ番号　028-632-3040 受付時間　月～金 （午前９時～午後５時３０分）
□【県の苦情窓口】 国民健康保険団体連合会	所 在 地　宇都宮市本町 3-9 電話番号　028-622-7242 ﾌｧｯｸｽ番号　028-643-5411 受付時間　月～金 （午前９時～午後５時３０分）

１９　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	年　　月　　日

上記内容について、「介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	栃木県河内郡上三川町下神主 229-6
	法人名	社会福祉法人　幸知会
	代表者名	理事長　　角田　竜司　　印
	事業所名	リハビリセンター　アルクルトータス
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住　所	
	氏　名	印

代理人	住　所	
	氏　名	印 （続柄　　）