

地域密着型通所介護 重要事項説明書

(2025年4月1日)

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話：024-983-6670（9：00～18：00）

責任者：管理者 平田浩二

担当：生活相談員 遠藤千秋・橋本晴美

2. 「リハビリセンターさくら・みどりが丘」の概要

(1) 当事業所の目的

当事業所は、介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス事業（以下、「通所型サービス」という。）と一体的に、介護保険法に基づく地域密着型通所介護事業として要介護者に対し、地域密着型通所介護計画に基づき、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な機能訓練を行うことにより、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利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(2) 提供できるサービスの種類

事業所名	リハビリセンターさくら・みどりが丘
所在地	福島県郡山市緑ヶ丘東4丁目29番地14
介護保険指定番号	0790301303
サービス提供対象地域	郡山市全域

(3) 事業所の職員配置体制及び職務内容

職種	資格	指定基準	職務内容
管理者	-	1以上	事業所全体の業務全般を掌握、 職員の指導監督、統率
生活相談員	介護福祉士	1以上	利用者相談受付、利用者と家族の連絡 調整、生活相談、ボランティア受入、 外部との連携
介護職員	介護福祉士	1以上	利用者の心身状態の把握と、身体的介護 並びに日常生活上のサービス提供
機能訓練指導員	理学療法士 柔道整復師	1以上	利用者の機能訓練について生活リハビリ と併せながら身体機能向上に向けた 個別機能訓練及び指導援助

(4) 施設の設備の概要

定員	午前9名/午後9名	静養室	1室1床
食堂兼機能訓練室	1室 58.5 m ²	相談室	1室
送迎車	2台	浴室	2室（訓練で使用）

(5) 営業時間・サービス提供時間

営業日	月曜日から土曜日
定休日	日曜日、12月31日～1月3日
営業時間	9:00～18:00
サービス提供時間	①9:00～12:05 ②13:25～16:30
延長サービス	なし

3. サービス内容

サービス計画の立案	居宅サービス計画に基づき、利用者等の要望を含め心身の状態やその置かれている環境に合わせて、地域密着型通所介護計画を作成します。
送迎	希望される方に対し、自宅から事業所までの送迎を行います。
機能訓練	地域密着型通所介護計画に基づき、機能訓練指導員が機能訓練計画書を作成、機能低下防止のための訓練や活動等を個別・集団で実施します。また、定期的に身体機能の確認のための運動機能評価を実施します。
介護	利用者の身体状態に応じ、地域密着型通所介護計画に基づく介護サービスを実施します。
生活相談	生活相談員が利用にあたっての相談や、関係機関との連絡、連携等を行います。介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。
健康チェック	事業所内にて、サービス提供前にバイタルサイン（体温、血圧、脈拍、血中酸素飽和濃度）を測定し、変化があった際にはご家族や関係機関と連携を図ります。

4. 料金

(1) 地域密着型通所介護利用料金（1日あたり）

要介護状態区分	利用料	介護保険適用時の自己負担額		
		1割	2割	3割
要介護1	¥4,160	¥416	¥832	¥1,248
要介護2	¥4,780	¥478	¥956	¥1,434
要介護3	¥5,400	¥540	¥1,080	¥1,620
要介護4	¥6,000	¥600	¥1,200	¥1,800
要介護5	¥6,630	¥663	¥1,326	¥1,989

(2) 各種加算

加算名	加算料	介護保険適用時の自己負担額		
		1割	2割	3割
送迎減算（片道につき）	¥-470	¥-47	¥-94	¥-141
個別機能訓練加算（I）イ	¥560	¥56	¥112	¥168
個別機能訓練加算（I）ロ	¥760	¥76	¥152	¥228
個別機能訓練加算II	¥200	¥20	¥40	¥60
サービス提供体制強化加算（II）	¥180	¥18	¥36	¥54
科学的介護推進体制加算	¥400	¥40	¥80	¥120
ADL維持等加算（I）	¥300	¥30	¥60	¥90
ADL維持等加算（II）	¥600	¥60	¥120	¥180
認知症加算	¥600	¥60	¥120	¥180
若年性認知症利用者受入加算	¥600	¥60	¥120	¥180
介護職員等処遇改善加算（II）	月ごとの施設サービス費と各種加算の合算額×9.0%			

*1.サービス利用料の負担割合については介護保険負担割合証に記載されています。

原則としてかかった費用の1割（ただし、65歳以上の方のうち一定以上所得者は2割、現役並みの所得者は3割）です。

*2.介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更させていただきます。

*3.事業所の体制・利用者の状態変更により上記項目の対象加算の変更があります。

(3) 利用の中止

以下の事由に該当する場合、利用中でもサービスを中止し、お帰りいただく場合がありますので予めご了承ください。

- ・利用者が途中で帰宅を希望した場合
- ・利用日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・利用者の心身の症状が著しく悪化し、当事業所での適切なサービス提供を超えるると判断した場合
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

*1.上記の場合、必要に応じ緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

*2.料金については、機能訓練の提供の有無でご請求するか否か決定します。

(4) その他

- ① サービスを提供できる対象地域を超えた場合の交通費
サービス提供対象地域を超えた地点から、片道1kmごとに50円徴収いたします。
- ② 個人使用の電話代、レクリエーション費用等については、その実費をいただきます。

5. 支払い方法

- ① 利用者は、サービスの対価として【契約書別紙】に定める利用単価毎の料金をもとに計算された金額をその都度お支払いいただきます。
- ② 事業者は、利用者が一括支払いを希望する場合には、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月15日までに利用者へ送付又は手渡します。
- ③ 利用者は、利用料金の合計額を翌月末日までに（銀行振込・口座引き落としの方法）で支払います。
- ④ 領収書は原則として発行しませんので、振込明細書もしくは預金通帳をご確認ください。領収書が必要な場合にはお申し出いただくことにより発行が可能ですが、郵送を希望される場合の郵送費用はご負担いただきます。また、お申し出当日の発行はできませんので、予めご了承ください。

6. サービスの利用方法

(1) サービス利用開始

まずはお電話等でお申し込みください。

ご利用日決定後、契約を締結し、サービス提供を開始します。居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用終了

- ① 利用者は事業者に対して、1 ヶ月の予告期間において口頭で通知をすることにより、この契約を解約する事が出来ます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が 1 週間以内の通知でもこの契約を解約する事が出来ます。
- ② 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して1 ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知する事により、この契約を解約する事が出来ます。
- ③ 次の事由に該当した場合は、利用者は口頭で通知する事により、直ちにこの契約を解約する事が出来ます。
 - ・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ・事業者が守秘義務に違反した場合
 - ・事業者が利用者やその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
 - ・事業者が破産した場合
- ④ 次の時由に該当した場合は、事業者は文書で通知する事により、直ちにこの契約を解約する事が出来ます。
 - ・利用者のサービス利用料金の支払が 2 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 10 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、または利用者の入院も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出来ない状態であることが明らかになった場合。
 - ・利用者またはその家族が、事業者や従業員または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。
- ⑤ 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。
 - ・利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ・利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
 - ・利用者が死亡した場合

7. 当事業所のサービスの特徴等

(1) 基本方針

- ・地域の方々へ、「安心・安全・安定」の福祉を提供します。

啓誠福祉会が提供する福祉サービスを通じて、地域の方々や関連するすべての方々へ、心身の安心と安全、生活の安定を提供します。

(2) サービス利用のために

事項	○×	備考
男性職員	○	
時間延長	×	
職員への研修の実施	○	外部研修会及び内部研修会を随時実施します
身体拘束廃止	○	身体拘束は行いません。
高齢者虐待防止	○	利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制整備を行うとともに当事業所従業者に対し研修を実施する等の措置を講じます。
安全管理体制	○	当事業所では、事故の発生又は再発防止を図るため、以下の措置を講じています。 ・事故発生防止のための指針の整備 ・事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備 ・事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施
運営推進会議の実施	○	利用者又は地域行政等と事業評価や実情・要望を把握します
第三者評価の実施状況	×	
業務継続計画	○	

(3) 利用にあたっての留意事項

- ・送迎時間の確認：予定の時間が大幅に変更となる場合には、早めにご連絡いたします。
- ・体調確認：利用が可能かどうかの体調確認をいたします。

当日お迎えの際、明らかに発熱などの体調不良症状がみられる場合には
ご遠慮いただく場合がございます。

- ・時間変更：天候、その他の事情により時間を変更する場合があります。

8. 緊急時・事故発生時の対応方法

(1) 緊急時・事故発生時の医療的対応について

利用者の健康状態の急変や事故があった場合は、ご家族や嘱託医への緊急連絡・連携のもと必要な措置を講じます。

(2) 事故等に対する賠償の対応について

サービス提供中、当事業所の責任による事故等で利用者の生命及び身体、財産に損害を及ぼした場合、その損害を賠償します。

9. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応：消防計画書のもと対応を行います。
- ・ 防災設備：スプリンクラー設備、自動火災報知機、準防災クロス（壁紙）
- ・ 防火管理責任者：平田浩二

10. 相談要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

(1) 当事業所ご利用者相談・苦情担当

- ・ 苦情解決責任者：管理者 平田浩二 電話 024-983-6670
- ・ 苦情受付担当者：生活相談員 遠藤千秋 橋本晴美 電話 024-983-6670

(2) 当事業所以外に、法人、市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

社会福祉法人啓誠福祉会	電話 0247-72-3555
郡山市介護保険課	電話 024-924-3021
福島県運営適正化委員会	電話 024-523-2943
国民健康保険団体連合会	電話 024-528-0040
郡山市地域包括ケア推進課	電話 024-924-3561

11. 当事業所における個人情報の取り扱いについて

当事業所では、利用者の皆様、ご家族様から取得した個人情報についてその重要性を十分認識し、以下の取り扱いを行ってまいります。

(1) 個人情報管理体制

当事業所利用者への介護サービス提供に必要な利用目的内容を明確にし、別紙「個人情報使用に係る同意書」により同意を得ることとします。また、それに係る印字データや電子データは施錠管理を行い、破棄を行う際はシュレッダー処理やデータ消去を行います。

(2) 第三者提供

業務の遂行にあたり、個人情報第三者に提供する必要がある場合は、事前に同意を得ている内容に従って必要な対応を行います。

本人が認知症や理解力の低下により、個人情報の提供に関して判断能力がないと考えられる場合は、第三者からの情報開示請求を保留とし、当事業所にて情報提供の可否を判断することとします。

ここでいう第三者とは、本人と「個人情報使用に係る同意書」の代理人以外の者とします。

(3) その他

個人情報保護法に定められている内容に従って実施していくこととします。

12. 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人啓誠福祉会（けいせいふくしかい）

代表者職氏名 理事長 琴田 正彦

本部所在地 福島県田村郡小野町大字小野新町字団子田 36 番地 1

本部電話番号 0247-72-3555

施設・拠点

- ・特別養護老人ホームさくら（地域密着型介護老人福祉施設）：小野町
- ・特別養護老人ホームさくら（介護予防・短期入所生活介護）：小野町
- ・居宅介護支援事業所さくら・おの（居宅介護支援）：小野町
- ・おのまち認定こども園（公私連携幼保連携型認定こども園）：小野町
- ・特別養護老人ホームさくらの里（介護老人福祉施設）：田村市
- ・特別養護老人ホームさくらの里（介護予防・短期入所生活介護）：田村市
- ・リハビリセンターさくらの里（機能訓練特化型通所介護）：田村市
- ・居宅介護支援事業所さくら・たきね（居宅介護支援）：田村市
- ・リハビリセンターさくら・みどりが丘（地域密着型機能訓練特化型通所介護）：郡山市

20 年 月 日

地域密着型通所介護利用にあたり、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ました。

契約者

社会福祉法人啓誠福社会 理事長 琴田 正彦 印

事業者

指定番号 0790301303

住 所 福島県郡山市緑ヶ丘東4丁目29番地14

名 称 リハビリセンターさくら・みどりが丘

説明者

私は、契約書及び本書面により、事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

利用者 住所

氏名

印

代理人 住所

氏名

印