重 要 事 項 説 明 書

（ 介護予防･日常生活支援総合事業第1号通所事業通所介護 ）

介護予防･日常生活支援総合事業第1号通所事業のサービス提供にあたり、介護保険法･その他諸法令に基づいて、当事業所が説明すべき重要事項は以下の通りです。

1. 法人概要

法　人　名　称	医療法人社団 二 三 会
法　人　種　別	医 療 法 人
代　表　者　名	理事長　安 部　真 彰
電　話　番　号	0833－44－2680

2. 事業所概要

事　業　所　名　称	リハビリ スタジオ わはは
所　在　地	山口県下松市瑞穂町2丁目21番1号
代　表　者　名	理事長　安 部　真 彰
管　理　者　名	石田 幸恵
電　話　番　号	0833－48－8869
F　A　X　番　号	0833－44－4516
指　定　番　号	山口県 35A0700010 号 下松市;周南市;光市指定（許可）介護保険取り扱い事業所
通常の事業実施地域	下松市・周南市の一部（旧徳山市･旧熊毛町）・光市
営　業　日	月曜日 から 金曜日
休　日	土曜日・日曜日・年末年始（12月29日 ～ 1月3日）
営　業　時　間	8 時 30 分 ～ 17 時 00 分
サービス提供時間	1単位目 8時30分～12時00分 2単位目 12時45分～16時15分

3. 事業所の職員体制と保有資格

従業者の職種	員数	勤務体制				保有資格
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管　理　者	1人	0人	1人	0人	0人	介護福祉士
生活相談員	4人	0人	2人	0人	2人	介護福祉士
看　護　職　員	2人	0人	1人	0人	1人	看護師
介　護　職　員	8人	2人	3人	1人	2人	介護福祉士、ヘルパー2級
機能訓練指導員	4人	0人	1人	2人	1人	看護師、理学療法士

※員数は人員基準を満たす範囲で増減する場合があります。

従業者の職種	職務内容
管　理　者	管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行い、従業者に対し、指揮命令を行うものとする。

生活相談員	生活相談員は、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所内のサービスの調整、介護予防支援事業者等他の機関との連携を図る。
看護職員	看護職員は、健康チェック等を行い利用者の健康状態を的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行う。
介護職員	介護職員は、介護予防・日常生活支援総合事業第１号通所事業の提供に当り、利用者の状態像の特性等を的確に把握し、利用者の日常生活が活発化するよう、意欲を高める適切な支援を行う。
機能訓練指導員	機能訓練指導員は、利用者の日常生活が活発化し、社会と関わる機会を向上さすのに必要な機能訓練を行う。

4. 事業の目的と運営方針

事業の目的	適正な運営を確保するために、人員、設備および運営に関する事項を定め、当事業者の生活相談員、看護職員、介護職員および機能訓練指導員が、要支援状態にある高齢者等に対し、適正な介護予防・日常生活支援総合事業第１号通所事業を提供することを目的とします。
運営方針	(1) 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業従事者は、要支援者の心身の特性を踏まえて、要支援者が可能な限りその居宅において、その有する機能に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行う事により、利用者の社会的孤立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ります。 (2) 事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 当法人が実施する他の事業

事業所名称	介護保険事業所番号・参考事項(電話番号等)	
さくら苑デイサービスセンター	山口県 3570700264 号	0833-44-4515
さくら苑指定居宅介護支援事業所	山口県 3570700041 号	0833-43-8123
ショートステイ野の花	山口県 3570700421 号	0833-45-5500
みずほ内科クリニック訪問リハビリテーション	山口県 3510710837 号	0833-44-2680
みずほ内科クリニック	脳神経内科・内科・リハビリテーション科	0833-45-6161

6. 施設の概要 （デイサービスの床面積と利用定員数）

場所	床面積	利用定員数
機能訓練室兼食堂	171.27㎡	1単位20名;2単位20名

7. 事業所職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	
管理者 生活相談員 介護職員 看護職員	(1) 常勤　8時30分～17時00分	1ヶ月変形労働時間制により4週6休
	(2) 非常勤　10時00分～14時30分	

機能訓練指導員	8時00分～13時00分	

8. 事業所サービスの概要 （介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業サービスの内容）

サービスの項目	サ　ー　ビ　ス　の　内　容
機　能　訓　練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
健　康　管　理	血圧測定等により利用者の身体状況・健康管理に努めます。
相　談　援　助	利用者や家族の方との相談に応じ、可能な限りの援助を行います。
移動・移乗介助	利用者の身体状況に応じた介助に努めます。車椅子等は準備しています。
その他支援	利用者を理解し、家庭的な雰囲気の中から自立心が生まれるよう努めます。
送　迎　介　助	通常の事業実施地域内の送迎を行います（ご自宅からわははまで）
服　薬　管　理	看護師の指示により適切に服薬します。

9. 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業サービスの内容および利用料
令和8年度介護報酬改定に伴い、介護職員等処遇改善加算Ⅲの加算率が変更となります。

下松市、光市の被保険者の方は、1単位10.00円の価格となります。
周南市の被保険者の方は、地域区分が7級地のため1単位10.14円の価格となります。

(1)一月あたりの基本単価（1週当たりの標準的な回数を定める場合）

内　容	事業対象者・要支援1（週1回程度）	事業対象者・要支援2（週2回程度）	要支援2（週1回程度）
基　本　単　位　数	1798単位／月	3621単位／月	1810単位／月
サービス提供体制加算Ⅱ(*)	72単位／月	144単位／月	72単位／月
生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位／月		
2026年5月末まで 介護職員等処遇改善加算Ⅲ (*)	所定単位数（基本単位+各種加算）×8.0%		
2026年6月1日より 介護職員等処遇改善加算Ⅲ (*)	所定単位数（基本単位+各種加算）×9.9%		

(2) その他

送　迎　減　算	▲47単位／片道

※本事業は地域支援事業の中の介護予防・日常生活支援総合事業に位置付けられた事業であり上記単位数で介護給付の対象となるサービスを受けることができます。
※厚生労働省により介護保険報酬の改定があった場合は、単位数等が変更される場合があります。
※(*)は、区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。
※サービス利用料金は、基本単位数×1単価あたりの金額×利用者負担割（1割、2割、3割のいずれか）の額となります。

10. 介護保険給付外サービスの利用料

サービス項目	サ　ー　ビ　ス　の　利　用　料
	通常の送迎事業実施地域を越えて行う指定通所介護に要した

送　迎　費　用	送迎費については、以下の金額が必要となります。 (1) 事業所から片道概ね２０Ｋｍ未満　……　400 円 (2) 事業所から片道概ね２０Ｋｍ以上　……　600 円
日常生活品の購入に係る費用	ご利用者本人に係るものは、自己負担となります。 ※ 紙パンツ、尿とりパット、絆創膏等　……　実　費

11. 利用料の支払方法

当事業所は、ご指定の金融機関より自動引落によるお支払いを原則としています。

請求書の送付	利用料は１ヶ月毎に計算し、翌月の中旬頃に請求書をお送りします。
指定口座からの自動引き落し	請求書記載の金額はその月（サービス利用の翌月）の２７日にご指定の口座から自動引き落しとなります。なお、振替日が金融機関の休日にあたる場合は、翌営業日の引き落しとなります。
銀行振込によるお支払い	銀行振込でお支払いの場合は、事業所指定の山口銀行または西京銀行の口座へ請求書記載の金額をお振込み下さい。

12. 送迎の実施地域

実　施　地　域	通常の送迎事業実施地域は、下松市・周南市の一部（旧徳山市・旧熊毛町）・光市とします。但し事業の実施地域以外であっても、出来る範囲でご相談に応じます。

13. キャンセル

利用者の都合でサービスの利用を中止する場合は、出来るだけ2日間までにご連絡下さい。

なお、キャンセル料は頂きません。

事　業　所　名　称	電話番号
リハビリスタジオわはは	0833－48－8869

14. お客様苦情相談窓口

リハビリスタジオわはは お客様苦情相談窓口	窓口責任者	管理者　石田　幸恵
	住　所	下松市瑞穂町2丁目21番1号
	電話番号	0833－48－8869
	ＦＡＸ番号	0833－44－4516
	受付時間	9時00分 ～ 16時00分 （月曜日～金曜日）
山口県 国保連介護保険課	住　所	山口市朝田1980-7(国保会館1階)
	電話番号	083－995－1010
山口県 長寿社会課介護保険班	住　所	山口市滝町1番1号(県庁5階)
	電話番号	083－933－2774
下松市高齢福祉課	住　所	下松市大手町3-3-3

下松市高齢福祉課	電話番号	0833－45－1831
周南市こども・福祉部	住所	周南市岐山通1丁目1番地
	電話番号	0834－22－8462
光市高齢者支援課	住所	光市光井二丁目2番1号
	電話番号	0833－74－3003

15. 事故発生および緊急時等における対応方法

(1) 事故発生および緊急時直後の対応

利用者の状態確認	事故および緊急事態の発見者は、利用者の状態（意識・呼吸・脈・顔色・怪我の有無その他）を確認するとともに、周辺の看護職員または介護職員を呼び、利用者の生命・身体の安全を最優先して、必要に応じて処置を取ります。
医師・医療機関	職員は主治医または協力医療機関に連絡を取り、必要な措置を講じます。
救急搬送の手配	生命に係わる事故および緊急事態の場合は、救急車・医療機関への要請を行い、速やかに受け入れ可能な医療機関へ搬送します。
責任者への連絡	管理者に事故および緊急事態の発生を速やかに報告し、指示に従います。
緊急連絡先	管理者は、利用者の家族あるいは利用者の緊急連絡先へ連絡し、現時点における状態や事故の状況を説明します。
関係者への報告	管理者は、生活相談員等を通じ次の関係者に報告します。 (1) 利用者の居宅介護支援事業所 (2) 山口県および市町村介護保険担当課

(2) 事後処理

報告書作成	発見者および責任者は、事故および緊急時の様態・概況・対応・原因分析等を記載した報告書を速やかに作成し、管理者および生活相談員に報告・提出します。
家族へ詳細説明	管理者および生活相談員は、報告書に基づいて、利用者の家族に事故および緊急事態に関する経緯や事情についての詳細を説明します。
理事長へ報告	管理者は、報告書に基づいて詳細を報告するとともに、利用者の家族からの申し立て等について報告をし、処理対応の方針・指示を仰ぎます。
事故予防対策	管理者は職員を招集し、事故等の原因を検討協議の上、今後の事故

事故予防対策	等再発防止策を考え、その方策を職員全員に徹底・指導します。
委員会の設置	事故発生の防止のための委員会及び介護職員その他の従事者に対する研修を定期的に行うものとします。
損害賠償	事故等が、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に危害を及ぼした場合は、利用者または家族に対しその損害を賠償します。なお、事業者は東京海上日動火災保険株式会社の損害賠償保険および自動車保険に加入しています。

16. 事業所の医療機関

医療機関名	みずほ内科クリニック
医院長名	安部　真彰
所在地	下松市瑞穂町2丁目19番14号
電話番号	0833－45－6161

17. 非常災害対策

防災対策	医療法人社団 二三会の定める消防計画書に則り対応します。
防災設備	非常通報装置･消火器･誘導灯･常夜灯･避難器具･耐火建築物
防災訓練	総合避難訓練　年 2回（消火訓練・通報訓練）

18. 事業所ご利用の留意事項

貴重品の管理	金品はお持ちにならないで下さい。お持ちになられた場合の責任は負いかねますので予めご了承下さい。
迷惑行為	施設の秩序を乱すような行為や、他の利用者の迷惑になるような行為はお断りします。
宗教活動･政治活動･販売活動	施設の中で、他の利用者に対する宗教活動・政治活動・販売活動はお断りします。
健康管理	(1) 適切なサービス提供のため、主治医等の診断書を提出して頂きます。 (2) サービスの提供にあたり、健康チェック等でサービスの利用が不適当と判断した際にはサービス提供を中止する場合があります。
情報の使用	サービスの提供にあたり、介護の質向上のため、利用者が有する問題点や解決すべき課題等の個人情報・利用者の家族に関する情報をサービス担当者会議等で用いる場合がありますのでご了承下さい。

19. 介護サービスの情報の公表

https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/35/index.php

20. 虐待の防止のための措置

利用者の権利擁護、虐待の発生を防止するための次のような措置を講じるものとする。

(1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催とともに、その結果について従業員に周知徹底を図る。
(2) 虐待防止及び身体拘束のための指針の整備
(3) 虐待を防止するため及び身体的拘束等の適正化のための定期的な研修の実施
(4) 成年後見制度の利用促進
(5) 苦情解決体制の整備
(6) 前３項に掲げる措置を適切に実施するための責任者の設置

事業所は、サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見したときは、速やかに市町村に通報するものとする。

21. 業務継続計画(BCP)の策定等

感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に開催するなどの措置を講じる。

22. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の予防及びまん延を防止するため、次の措置を講ずるものとする。

(1) 感染症の予防及びまん延を防止するための従業者に対する研修及び実施の訓練
(2) その他感染症の要望及びまん延防止のために必要な措置（委員会の開催、指針整備等）

23. 雇用の分野における男女の機会及び待遇の確保

男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者に責務を踏まえつつ、ハラスメント対策のため、次の措置を講ずるものとする。

(1) 従業者に対するハラスメント指針の周知・啓発
(2) 従業者からの相談に応じ、適切び対処するための体制の整備
(3) その他ハラスメント防止のために必要な措置

24. オンラインツール等を活用した会議の開催

利用者又はその家族の同意がある場合、サービス担当者会議及び入院中のカンファレンスをテレビ電話装置等（オンラインツール）を活用して行うことができるものとする。その際、個人情報の適切な取扱いに留意する。

25. その他運営に関する重要事項は、主として次の各号に掲げる事項とする。

(1) 従業者の質の向上を図るため、次のとおり研修の機会を設ける。
- 採用時研修　　採用後　1ヶ月以内
- 階層別研修　　随時

(2) 従業者は、その勤務中常に身分を証明する証票を携行し、利用者又は家族から求められた時は、これを提示する。
(3) 介護予防支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品その他の財産上の利益を提供してはならないものとする。
(4) 利用定員を超えて事業の提供を行ってはならないものとする。
(5) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は医療法人社団二三会と管理者との協議に基いて定めるものとする。

個人情報についての同意書

1. 当事業所は個人情報を取り扱います。利用者およびそのご家族等から取得した個人情報を以下の目的のために利用し、業務上知り得た情報は正当な理由なく利用いたしません。

(1) 当事業所のサービス提供のため
(2) 利用者へのサービス提供について他の事業所と連携するため
（サービス担当者会議等）
(3) 利用者およびそのご家族等へのサービス利用料金の請求（徴収）や、
その他ご連絡のため
(4) 利用者およびそのご家族等に当事業所のサービス等をご案内するため
(5) 請求データの処理等に関する業務委託のため
(6) 統計データへの利用のため
（但し、個人を特定できるような利用は一切いたしません）
(7) 緊急時に医療機関等に連絡するため
(8) 利用者への食事提供に関する業務委託のため

2. 利用者の氏名・年齢・生年月日・顔写真の取り扱いにつきましては、当事業所の新聞記事や公式ホームページ・冊子等に掲載することを目的として利用する場合があります。但し、利用者およびそのご家族等の同意なく利用することはありません。下記にて同意を得た項目に限り利用いたします。

(1) 氏　　名	**□ 左記(1)～(4)の掲載に同意します。**
(2) 年　　齢	**□ 左記(1)～(4)の掲載を拒否します。**
(3) 生 年 月 日	**□ 左記の「(1) (2) (3) (4)」の**
(4) 顔　写　真	**掲載のみ拒否し、その他は同意します。**

3. 個人情報・広告等に関するお問い合わせは、当事業所のお客様相談窓口までお願いいたします。

事　業　所　　医療法人社団二三会　リハビリスタジオ　わはは
窓口責任者　　石田　幸恵
電 話 番 号　　０８３３－４８－８８６９
受 付 時 間　　９時００分～１６時００分　（月曜日～金曜日）

【利用時リスク説明書】

事業所では、利用者が適切なサービスが受けられるよう、安全な環境づくりに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

（高齢者の特徴に関して）

□　歩行時の転倒、転落等による骨折・外傷・頭蓋内損傷等の恐れがあります。

□　高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。

□　高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。

□　高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても皮下出血ができやすい状態にあります。

□　加齢や認知症の進行により、水分や食べ物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。

□　高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変、急死される場合もあります。

□　本人の全身状態が急に悪化した場合、当事業所の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

□　救急搬送を行う場合、家族または身元引受人へ連絡し、救急車への同乗または搬送先へ向かって頂くよう要請する場合があります。

これらのことは、ご自宅でも起こりうることですので、ご理解頂きますようお願い申し上げます。なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ね下さい。

上記の契約・重要事項説明書・個人情報・利用時リスクについての同意書を証するため、本書2通を作成し利用者・事業者が署名押印の上1通ずつ保有するものとします。

締結日　　令和　　年　　月　　日

サービス提供開始にあたり、利用者または家族（申込代行者・見元引受人）に対して
本書面に基づいて契約・重要事項・個人情報についての説明をいたしました。

説明者　　印

【 事 業 者 】

住　　所　　山口県下松市瑞穂町2丁目21番1号
事業所名　　医療法人社団　二 三 会
　　リハビリ スタジオ わはは
代表者名　　理事長　　安 部　真 彰　　印

私は、本書面に基づき事業者から契約・重要事項・個人情報・利用時リスクについての説明を受け、通所型サービスのサービス提供に同意いたします。
併せて、サービス担当者会議等における個人情報等の提供についても同意いたします。

【 利 用 者 】

住　　所

氏　　名　　印

【 申込代行者（身元引受人）】

住　　所

氏　　名　　印

利用者から見た続き柄（　　）