

株式会社多田

リハビリテーション颯 山形霞城

山形市介護予防・日常生活支援総合事業における 通所型サービス（従前相当） 重要事項説明書

当事業所は、山形市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス（従前相当）の提供の開始にあたり、事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意頂きたいこと等を次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社多田
主たる事務所の所在地	〒990-0513 山形県寒河江市栄町8-4-1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 多田 丈弘
設立年月日	平成17年4月11日
電話番号	0237-85-0774

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	リハビリテーション颯 山形霞城	
サービスの種類	山形市介護予防・日常生活支援総合事業における 通所型サービス（従前相当）	
事業所の所在地	〒990-0827 山形市城南町二丁目10番2号 サンファール101号室	
事業所の管理者	佐藤 圭	
電話番号	023-664-3202	
指定年月日・事業所番号	平成25年9月13日	0670103720
実施単位・利用定員	2単位	定員 1単位目：17人 2単位目：17人
通常の事業の実施地域	山形市	
面積	敷地面積 539.148㎡	
建物概要	鉄骨造3階建て 述べ床面積 114.81㎡	
損害賠償責任保険	三井住友海上火災保険株式会社 賠償責任保険	

3. ご利用事業所の主な設備の概要

機能訓練室	51.26㎡
静養室	2.7㎡
相談室	2.8㎡
事務スペース	6.48㎡

4. 事業の目的と運営の方針

(1) 事業の目的

要支援状態等の利用者に対しその利用者が可能な限りその居宅において、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支援や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

(2) 運営の方針

- ・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。
- ・事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、山形市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、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。
- ・通所型サービス（従前相当）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、関係機関への情報の提供を行います。
- ・上記のほか、山形市が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施します。

5. 従業者の職種、員数及び職務の内容

従業者の職種	常勤	非常勤	職務の内容
管理者	1名		業務の管理
生活相談員	1名～		サービス利用に係る一切の相談業務
看護職員		1名～	医療、健康面の管理、指導、助言等を行います。又各種健康相談に応じます。
介護職員（従事者）	1名～	1名～	リハビリテーション業務の補助、送迎、日常生活の援助業務等を行います。
機能訓練指導員	1名～	1名～	利用者の身体機能評価及び各種リハビリテーションの計画を立て、実施します（理学療法士・看護師）。

6. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日） 及び、お盆（8月13日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス 提供時間	（午前の部）9時15分から午後12時15分 （午後の部）13時30分から16時30分

7. 当事業所におけるサービスの方針

(1) 様々なリハビリテーションプログラムの提供

当事業所はすべてにおいてリハビリテーションプログラムとしてサービスが提供されます。理学療法士を中心に、個別機能訓練のみならず、皆様に適した各種プログラムにご参加いただきます。

(2) 過剰サービスの排除

当事業所では皆様の介護計画と皆様の残存機能（出来ること、出来ないこと）に応じ、過剰介護をせず、自立、維持、回復していただく信念において介護サービスを実施します。よってよほどの事情が無い限りお茶などの上げ膳据え膳サービスは行いません。出来ることはご自身で行っていただきたいと考えております。

(3) 口腔機能向上加算プログラムの実施

介護予防、悪化予防、身体機能向上、認知症予防、誤嚥性肺炎の予防など、様々な予防効果、機能向上を目指し当事業所ではケアプランの記載に準じて月2回、口腔衛生指導を実施します。全ては計画に基づき看護師が中心となり実施され、口腔機能向上加算が算定されます。

8. 提供するサービスの内容及び費用

(1) 提供する通所型サービス（従前相当）の内容は、次に掲げるもののうち必要と認められるサービスを行います。

機能訓練	【内容】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努めます。
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います
口腔ケア	看護師により利用者の状況に適した口腔ケアを行い、誤嚥性肺炎や認知症予防に努めます。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立について適切な援助を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からの相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。但し、利用者の希望により、提供しないことも可能です。

(2) 費用

- ・介護保険の適用がある場合は、原則として添付する料金表の利用料金のうち介護保険負担割合証に記載の割合が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、利用料金表に記載します。
- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅 サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。
- ・介護保険法の改正に伴い利用料の変更を行う場合がありますので予めご理解下さい。
- ・介護保険外の費用として、**利用一回ごとお茶代200円**、及びおむつ代、その他日常生活において通常必要となるものに係る費用が実費として必要となります。
- ・利用料の支払いは、事業者が指定する口座自動引き落としサービスの利用により、月末締め切り翌月20日（金融機関休業日は翌営業日）に指定口座より引き落としにてお支払いいただきます。又、現金でのお支払いを希望される場合は月末締め切り翌月末営業日までに事業所にてお支払下さい。尚、銀行振込を希望される場合は、下記口座まで、振込手数料お客様負担にて送金下さい。

山形銀行 寒河江中央支店 普通口座 （口座番号）551902
株式会社多田 代表取締役 多田 丈弘 （ただ たけひろ）
※入金確認後、領収書を発行いたします。

9. キャンセル規定

当事業所では次のキャンセル規定を定めておりますので、あらかじめサービス計画などで予定していたサービスのご利用をキャンセルする場合はこの規定をお守りいただきますようご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

	状況	キャンセル料
①	参加当日8時以降のご連絡 もしくは何らご連絡もなく、職員がお迎えに伺った場合に不在もしくはその場でお休み通知の場合（うっかりを含みます）	キャンセル料はかかりません
②	当日の8時までにお休みのご連絡を頂いた場合 （電話、書面、ファックス）	キャンセル料はかかりません
③	重大な緊急時 （利用者の緊急救急対応など）	キャンセル料はかかりません

10. 緊急時における対応方法

- ・サービス提供中に利用者の体調や容体の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び家族等に連絡する等の措置を講じます。
- ・病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請する場合があります。

11. 高齢者虐待の防止のための措置に関する事項

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

(2) 虐待の防止のための指針を整備します。

(3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。

(4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。

12. 緊急時等における搬送先、緊急連絡先

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

① 主治医

病院名及び所在地・連絡先

② 緊急連絡先 氏名（続柄）

（ _____ ）

住所

電話番号

13. 事故発生時の対応

- ・通所型サービス（従前相当）の提供により事故が発生した場合は、速やかに山形市、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・通所型サービス（従前相当）の提供に辺り、利用者の身体・財産の損害を与えた場合にはその損害を施設が加入する下記の賠償保険の範囲内で賠償します。但し、事業所の責めに帰すべき事由によらない場合はその限りではありません。又利用者の故意及び重大な過失により事業所が損害を受けた場合はその損害賠償を請求することとします。

事業所が加入する損害保険

保険会社 三井住友海上火災保険株式会社
保険種類 賠償責任保険
支払限度額 1 事故 100,000 千円

14. 秘密保持

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	職員は在職中はもちろん退職後についても皆様の情報を第三者に漏洩しないことを誓約しております。又、秘密保持のための教育、指導を徹底しております。尚記録物等に関しては担当者会議及び緊急性を除く外部持ち出しの一切を行わず（担当者会議等必要時においては必要最低限の記録、情報を持ち出し、活用させていただきます。）
------------------------	--

15. 苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	担当者：生活相談員及び管理者 ご利用時間：８：３０～１７：３０ 電話番号：０２３（６６４）３２０２
---------	---

（２）行政機関その他の苦情相談窓口

苦情受付機関	所在地	電話番号
山形市福祉推進部 介護保険課・指導監査課	山形市旅籠町二丁目３番２５号	０２３－６４１－１２１２
山形県国民健康保険団体連合会	山形県寒河江市大字寒河江字久保６番地	０２３７－８７－８０００

※提供するサービスの第三者評価の実施状況・・・実施なし

16. 消防計画等対策

非常災害時の対応方法	別途定める消防計画に則り対応を行います。
避難訓練等の概要	別途定める消防計画に則り年２回避難訓練を行います。
消防計画等	別途定めます。
防火設備等の概要	・自動火災報知機　・誘導灯　・消火器

17. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- ・ サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください
- ・ 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
- ・ 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ・ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・ 施設内での他の利用者に対する一切の宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ・ サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- ・ 他の利用者のご迷惑になるような行為は慎むようお願いします。
- ・ 体調不良等によりサービスを利用できなくなった際は、できる限り早めに当事業所へご連絡ください。
- ・ サービスの利用にあたり、職員に対する以下の行為（ハラスメント行為）を禁止します。
 - ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
 - ② 職員に対する精神的暴力（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 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ・好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為）

18. 契約の解除（サービスの提供終了）

当事業所は、次に掲げる場合には、相当な期間を定めて理由を示した文書で通知することにより、サービスの提供を終了（契約を解除）することができます。

- (1) 利用者またはそのご家族等が、第17項に定める禁止行為（身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメント等）を行い、職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき。
- (2) 上記により契約を解除する場合、当事業者は居宅介護支援事業者または保険者である市町村と連絡を取り、利用者の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業者等の紹介その他必要な措置を講じます。

19. その他事項

当事業所ではご本人、ご家族、ケアマネージャー、関係諸機関へのサービス実績の報告、ケアの成果を把握、共有するために、画像や動画による撮影を行います。尚、画像につきましては新聞形式で利用し、他の利用者様との励まし合いにも活用させていただきます。

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 山形市城南町 2-10-2 サンファーレ 101 号室

事業者（法人）名 株式会社 多田

事業所名 リハビリテーション 山形霞城

代表者職 代表取締役 多田 丈弘

説明者 佐藤 健一

私は、事業者より本書面に基づき重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏 名

代理人 住所

氏 名

本人との続柄