

# 医療法人啓仁会

## 【 通所介護事業所 立町ロイヤルリハビリセンター 】

### 指定通所介護・第1号通所介護サービス

#### 重要事項説明書

〈 令和6年4月1日 現在 〉

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(宮城県指定 第 0470202979 号 )

当事業所は利用者に対して、指定通所介護及び第1号通所介護（以下「指定通所介護等」という。）サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として介護保険申請の結果「要介護」及び「要支援」、「事業対象者」と認定された方が対象となります。

#### 1. 事業者

(1) 法人名

医療法人 啓仁会

(2) 法人所在地

埼玉県所沢市大字久米532番地1

(3) 電話番号

04-2997-5510

(4) 代表者氏名

理事長 矢吹 甚吾

(5) 設立年月日

昭和33年5月28日

#### 2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定通所介護事業所

指定第1号通所介護事業所

平成30年7月1日 指定 宮城県第0470202979号

(2) 事業所の目的

指定通所介護等の事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員が、要介護状態（第1号通所介護事業にあたっては要支援状態など）にある高齢者に対し、「心身機能」「活動」「参加」等の生活の機能維持・向上を図ることができるよう適正な指定通所介護等のサービスを提供することを目的とします。

(3) 事業所の名称

立町ロイヤルリハビリセンター

(4) 事業所の所在地

宮城県石巻市立町二丁目5番5号

(5) 電話番号

0225-98-3785

(6) 管理者氏名

所長 平岡智宏

(7) 事業所の運営方針

利用者の心身の状況・生活環境・利用者及び家族の希望を尊重して要介護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、自立した生活を営むことができるよう配慮し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行います。また、利用者の社会的孤立感の解消、心身機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため、生活全般にわたる援助を行います。

(8) 開設年月日

平成30年7月1日

(9) 利用定員

1単位あたり20名(月曜日～金曜日)

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 石巻市の1部 東松島市の1部 女川町の1部  
(詳細は別紙のとおり)

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日(ただし、12月30日～1月3日までを除く)		
営業時間	月曜日～金曜日 8:30～17:15		
サービス提供内容		定員	サービス提供時間
	午前	20名	9:00～12:00
	午後	20名	13:15～16:15

#### 4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定通所介護等のサービスを提供する職員として、次の職員の配置をしています。

〈 主な職員の配置状況 〉 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	人数	備 考
1. 管理者	1名	機能訓練指導員兼務
2. 生活相談員	1名以上	介護職員兼務
3. 機能訓練指導員	1名以上	理学療法士等
4. 看護職員	1名以上	介護職員兼務
5. 介護職員	2名以上	生活相談員兼務

〈 主な職種の勤務体制 〉

職 種	勤 務 体 制	
1. 生活相談員	勤務時間	8 : 30 ~ 17 : 15
2. 機能訓練指導員	勤務時間	8 : 30 ~ 17 : 15
3. 看護職員	勤務時間	8 : 30 ~ 17 : 15
4. 介護職員	勤務時間	8 : 30 ~ 17 : 15

#### 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して次のサービスを提供します。

利用料金は介護保険から所得等、条件によって一定割合の給付が行われ、割合に応じた料金をお支払いいただきます。（別表1～3のとおり）

また、利用者には介護保険の認定状況（認定期間切れを含む）や保険の超過分等により、料金の一部、又は全額を自費にてご負担いただく場合があります。

##### （1）介護保険の給付の対象となるサービス

〈サービスの概要〉

###### ① 排泄介助

利用者の排泄の介助を行います。

###### ② 生活指導（相談・援助・介護予防等）

利用者の生活環境及び個々の健康状態の程度に応じて、適切なサービス提供を行います。また個々の家庭生活環境の把握に努め、ニーズに適応したサービスを個別的、又は総合的に行います。

###### ③ 機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身状況に応じて、個別の計画を作成し日常生活を送るのに必要な機能の回復又は維持するための訓練を行います。

###### ④ 口腔機能向上サービス

言語聴覚士や看護職員等により、利用者の口腔機能の状態に応じて、計画を作成し口腔衛生、摂食、嚥下機能向上等を図るためのサービスを行います。

- ⑤ レクリエーション  
個人又は集団を対象に、リハビリテーションや機能訓練の様子を取り入れた計画的なレクリエーションを行います。利用者が楽しみながら心身機能の向上につながるよう継続的に行います。
- ⑥ 健康チェック  
利用者の心身の状態観察をきめ細やかに行い、関係機関との連携を密に行います。
- ⑦ 送迎サービス  
利用者に対して、ご自宅から事業所まで送迎を行います。
- ⑧ 介護予防  
要介護状態にならないための対策や、すでに要介護状態の方の改善、症状が悪化することの防止を目的として取り組みます。
- ⑨ 家族とのコミュニケーション  
職員は利用者の家庭での様子や細やかな情報の確保のため、家族とのコミュニケーションを大切にします。利用者の生活環境及び個々の健康状態の程度に応じて、適切なサービス提供を行います。また個々の家庭生活環境の把握に努め、ニーズに適應したサービスを個別的に又は総合的に行います。

(2) 介護保険の給付対象外（自費）

以下のサービスについては、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

自己負担	金額（税込）
リハビリパンツ	200円／1枚につき
尿とりパット（小）	50円／1枚につき
尿とりパット（中）	105円／1枚につき
コピー代	11円／1枚につき

(3) 利用料金のお支払方法

- ① 前記(1)(2)の料金・費用は、その月末に締め、翌月15日までに請求書をお渡しいたします。翌月末日までに指定の方法でお支払ください。
- ② 支払方法については原則、口座引落となります。
  - ・口座は本人名義、家族名義どちらでも構いません。
  - ・口座手続きには2か月を要するため、手続き完了後にまとめて引き落としとなります。また、不備があった場合は再度提出となりますので、手続きにお時間をいただきますことをご了承ください。
  - ・預金口座等を保有していない、又は使用できない状況にある場合は、現金によるお支払いとなります。
  - ・残高不足、又は何らかの理由により口座引落ができない場合は、翌月にまとめて引き落としとなります。

## 6. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の窓口で受け付けします。

- 苦情受付窓口(担当者) 職氏名 生活相談員 相澤 勇太
- 苦情解決責任者 職氏名 管理者 平岡 智宏
- 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:15
- 電話番号 0225-98-3785

苦情受付ボックスを設置しています。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

名 称	電話番号	住 所
石巻市保健福祉部介護福祉課	0225-95-1111	石巻市穀町14番1号
東松島市福祉課高齢介護係	0225-82-1111	東松島市矢本字上河戸36番地1
涌谷町健康課国保介護班	0229-43-5111	涌谷町涌谷字中江南278
美里町長寿支援課介護保険係	0229-32-2941	美里町牛飼字新町51番地
宮城県国民健康保険団体連合会	022-222-7700	仙台市青葉区上杉一丁目2-3

\* お住いの地域の市町総合支所又は地域包括支援センターでも受け付けております。

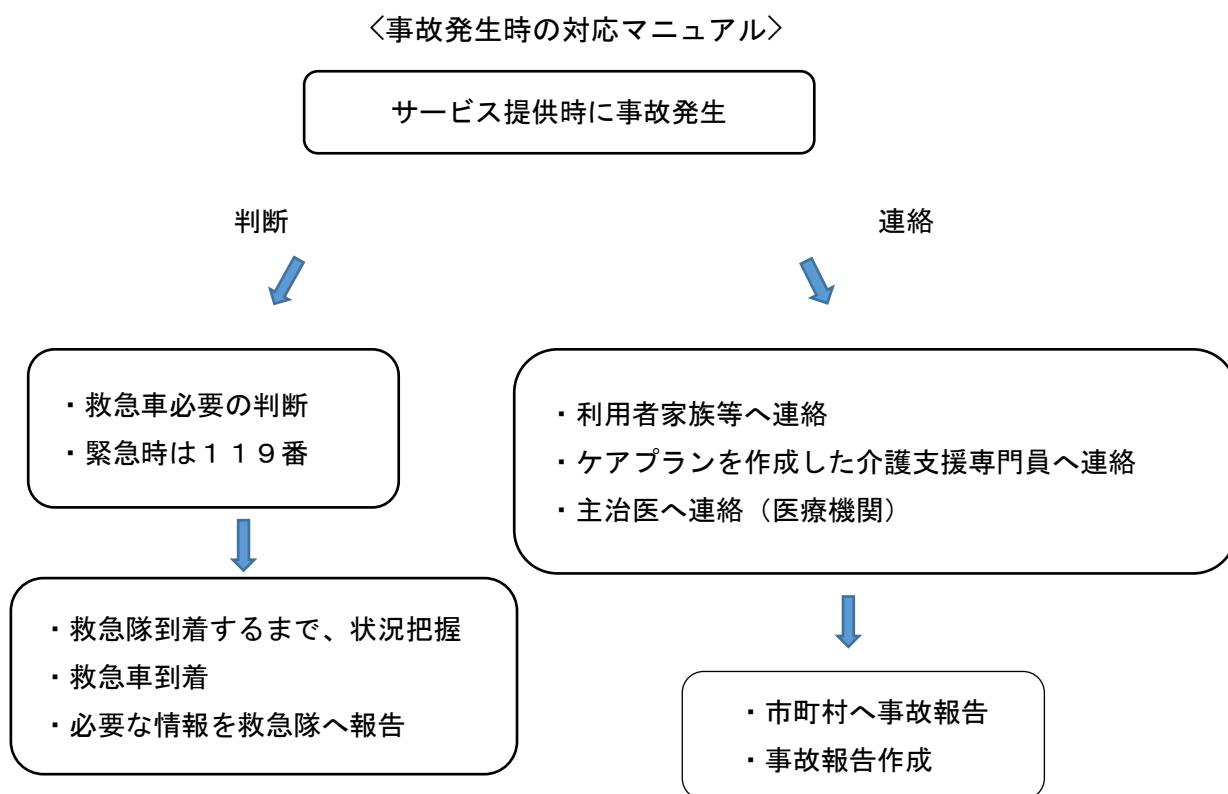
## 7. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

8. サービス提供時における事故発生時の対応

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、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡するとともに、下記事故発生時対応マニュアルに基づき、必要な措置を講じます。

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には、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。



サービス提供中に病状の急変等があった場合は、速やかに連絡させていただきます。

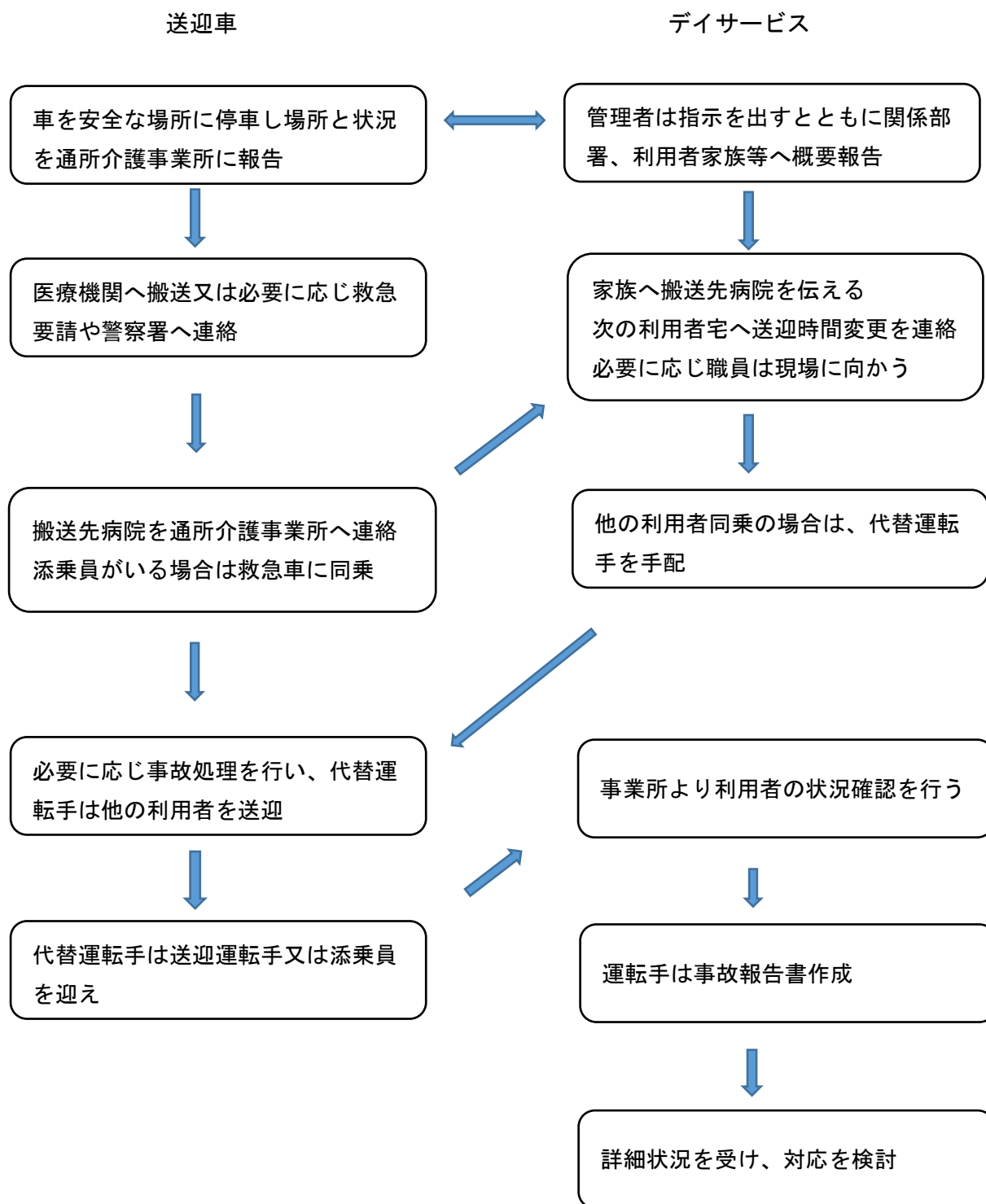
【緊急連絡先】

かかりつけ医	病院名	
	主治医名	
緊急連絡先	氏名	（続柄： ）
	電話番号	
	氏名	（続柄： ）
	電話番号	

## 9. 送迎時における緊急対応

送迎中に交通事故や利用者の容態悪化等の緊急事態が発生した場合は、次のマニュアルに基づき、必要な措置を講じます。

### ＜ 送迎中の事故及び緊急事態発生時の対応マニュアル ＞



## 10. 個人情報等の使用について

当事業者は法人の個人情報等保護基本方針取り扱いと同様の扱いとします。また、従事者は業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。従事者が退職後、在職中に知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。ただし、下記の理由で個人情報を使用させていただきます。

- ① 要介護・要支援等の全ての認定申請に伴う情報提供
  - ② サービス担当者会議等の、各種会議における医療機関、介護保険事業所への情報提供又は情報収集
  - ③ 行政機関、外部監査機関及び評価機関又はその委託機関への情報提供
  - ④ 介護保険サービスの質の向上のための会議、学会、研究会又は資格等の取得に伴う実習生受入時の個人情報の使用
- ※ 個人が特定できないように仮名を使うなど対応を厳守いたします。

## 11. ハラスメントに関する取り組み

(1) 事業者は、介護現場で働く職員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。

## 12. 身体拘束について

利用者に対する身体拘束、その他行動を制限する行為を行いません。ただし、生命、身体を保護するために緊急時やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

## 13. 虐待防止に関する取り組み

- ① 虐待の発生またはその再発を防止するための委員会を定期的開催します。
- ② 高齢者虐待防止に関する指針を整備します。
- ③ 高齢者虐待防止に関する研修を年2回以上実施します。



- ④ 虐待防止に関する担当者を選任します。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従事者又は扶養義務者（家族等、現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

#### 14. 感染症対策について

事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ① 職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③ 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底しています。
- ④ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ⑤ 従事者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

#### 15. 事業継続計画の策定等について

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護等の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 従事者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 16. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ② 体調、健康状態からみて必要な場合には、看護職員又は主治医と連携し、利用者から聴取及び確認のうえでサービスを提供します。
- ③ 提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、利用者又はその家族等の請求に応じて閲覧を認め、写し等を交付します。
- ④ 利用者に対する身体拘束、その他行動を制限する行為を行いません。ただし、生命、身体を保護するために緊急時やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

- ⑤ サービス提供時において、利用者の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医へ連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥ サービスを提供するにあたって知り得た利用者又はご家族等に関する個人情報を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。

## 17. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている方の快適性、安全性を確保するため、次の事項にご留意ください。

### (1) サービス提供の流れについて

- ① 申し込み  
本人家族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所より申し込み
- ② 介護保険認定確認  
介護保険の有無、認定期間の確認
- ③ 実態調査  
居宅等で状態確認を行います。
- ④ 体験利用  
希望があれば実施
- ⑤ 担当者会議・契約  
利用者、家族、担当介護支援専門員と担当者会議にてサービス提供の注意点や方向性を決めます。
- ⑥ サービス提供開始

### (2) 施設、設備について

- ① 施設、設備、敷地をその本来の使用用途に従って利用してください。
- ② 故意に施設、設備を破損又は汚した場合は、利用者の負担により現状を回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ サービス利用中、送迎時等に当事業所職員や他の利用者に対し、迷惑行為（セクシャルハラスメントなど）、宗教活動、政治活動、営利活動、危険行為（暴行・恫喝・ペットの咬みつきなど）が確認された場合には契約を解除させていただきます。

### (3) 休みの取扱い

- ① 利用者の都合で利用を変更、お休みする場合は、前日の 17 時までにご連絡願います。なお、急な場合は、当日の朝 8 時 30 分までにご連絡願います。
- ② 休みの理由についてはご連絡の際にスタッフにお伝えください。
  - ・私用（外出、来客対応、農繁期等）
  - ・入院又は通院（定期受診、検査、歯科、眼科受診等）
  - ・体調不良（どのような症状なのか）
  - ・ショートステイ利用
  - ・介護者の体調不良
  - ・その他
- ③ 休みの場合、キャンセル料は発生しません。

- ④ 悪天候による営業休止や開始時間の遅延の場合もあります。営業休止の場合は、ご希望により振替利用を実施します。

(4) 利用の再開

体調不良や入院等により長期利用休止後、又は状態変化がみられる場合等で再開される場合、再度日常生活の状況について確認を行い、利用者からの連絡のほかに、介護支援専門員と調整を行います。なお、再開の場合、曜日や時間の変更になる場合もあります。

(5) 災害時の対応

(水害・土砂災害)

- ① 利用前から警戒レベル3（高齢者等避難）以上発生時は、その日のサービス提供を休止します。
- ② 利用中に警戒レベル3（高齢者等避難）以上になった時点で、提供時間内であっても、その日のサービス提供は休止とします。

(地震・津波災害)

- ① 利用前から津波警報、大津波警報発生時は、その日のサービス提供を休止します。
- ② 利用中に津波警報、大津波警報発生時点で、提供時間内であっても速やかにその日のサービス提供は休止とし、事業所地区の指定避難所へ避難誘導を行う場合もあります。

(6) 健康状態急変時の対応

サービスご利用中において、健康状態及び行動等により、利用の継続が困難と認められる場合については、利用者の生命及び他の契約者の安全確保のため、次の対応といたします。

状 態	対 応
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体調不良</li> <li>・ 37度以上微熱がある場合</li> <li>・ 感染症と判断、又は疑われる場合</li> <li>・ 著しく活動を妨げる疼痛、外傷がある場合</li> <li>・ 意識不明等、緊急時の場合</li> <li>・ 職員に対して強い介護拒否を示す場合や危害を加える可能性がある場合、又は他利用者への迷惑行為が認められ、サービスの継続が難しい場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご家族へ連絡しますので、お迎えをお願いします。お迎えができない場合は、ご家族の指示によりご自宅又は医療機関へお送りしますので、医療機関へ場合は受診結果をお知らせください。</li> <li>・ ご家族にも来所のうえ、対応していただく場合もあります。</li> <li>・ 生命の危険の可能性又は緊急時は、事業所の判断によりかかりつけ医への相談若しくは救急要請を行います。</li> </ul>

指定通所介護等のサービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

< 名 称 > 医療法人 啓仁会 通所介護事業所 立町ロイヤルリハビリセンター

< 説明者 > 職 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

< 説明月日 > 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、本書面に基づいて、事業所の職員から重要事項の説明を受け、利用料金や個人情報情報の使用を含め、通所介護等のサービスの提供開始に同意いたします。

なお、事業所での様子について、ホームページ、広報誌、パンフレット及び設置掲示物にて写真を掲載することについては、

(  同意します ・  同意しません ) ※どちらかに✓をつけてください

【利用者】

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

【署名代理人】

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄)

【身元引受人】

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄)