

- ・通所リハビリテーション
- ・介護予防通所リハビリテーション
- ・弘前市介護予防日常生活支援総合事業

平成の家 重要事項説明書

1 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号と居宅サービス提供地域

事業所名	平成の家
所在地	青森県弘前市大字独狐字石田 121 番地 1
電話番号	0172-95-3986
FAX 番号	0172-88-5548
事業所番号	0250280013
サービスを提供できる地域	弘前市

(2) 事業所の職員体制

職名	資格	人数	業務内容
管理者	医師免許	1名(兼務)	施設の業務を統括
所長	介護福祉士	1名(兼務)	業務の管理統括(介護兼務)
医師	医師免許	1名(非常勤)	利用者の日常的な医学的対応
作業療法士	作業療法士	2名	リハビリ訓練
介護職員	介護福祉士	7名	健康管理及び介護の提供
	介護職員実務者研修	1名	
	介護員	5名	
管理栄養士	管理栄養士	1名	栄養指導・栄養管理・計画立案
運転手	普通・大型	8名	送迎業務

(3) 当事業所の設備等の概要

定員	88名	送迎車	11台
浴室	男子浴室14. 35㎡	食堂	290. 57㎡
	女子浴室57. 96㎡	機能訓練室	118. 89㎡

(4) サービスの提供時間帯と休業日

	営業時間	サービス提供時間
平日・祝日	8時30分から16時00分	9時00分から15時30分
休業日	土曜日、日曜日、8月13日・14日、12月31日～1月3日	

2 当事業所の特長等

(1) 運営方針

- ア 利用者の状態に応じた目標を設定し、適切な援助を計画的に行います。
- イ 当事業所は、自ら提供する介護の質の向上に努め、その改善を図ります。
- ウ サービスを懇切丁寧に行い、利用者・ご家族が理解しやすいように説明します。
- エ 利用者の身体の状態と要望を把握した、適切なサービスに努めます。
- オ 要介護者・要支援者が居宅において有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事が出来るよう、医師の指示のもと機能訓練及び日常生活上の支援を致します。

(2) サービス資質向上に向けて

事項	備考
従業員の研修実施	毎年マニュアルに対応した研修を実施しております。

(3) サービス利用にあたっての留意事項

送迎時間の連絡	お休みする際は、必ず連絡をして下さい。(0172-95-3986)
体調確認	毎日実施します。
ケアプラン作成	居宅サービス計画書に沿ってケアプランを作成し、同意いただきます。定期的に見直しますが、内容が変更不要な場合は、当該ケアプランを更新します。
体調不良によるサービス中止・変更	体調確認の結果により関係各所へ連絡し、ご自宅へお戻り頂く場合がございます。
時間変更	相談に応じます。
介護予防利用回数	利用回数に制限あるため、回数を増やしたい場合は要相談にて自費利用可。
設備、器具の利用	職員に申し出て下さい。

3 サービスの内容

- 1 送迎 本人の身体状況等を考慮し、事業所と自宅の間を送迎します。
- 2 食事 昼食(制限食やアレルギー等に対応した食事を提供)
- 3 入浴 一般入浴、スロープ浴
- 4 機能訓練 運動療法、作業療法、物理療法、マッサージなど
- 5 生活相談 日常生活動作訓練の相談など
- 6 介護方法の指導 居宅における介護指導
- 7 介護サービス 生活リハビリテーション活動
- 8 健康状態の確認 生活状態確認、体温、血圧、脈拍測定、観察等

4 利用料金

(1) 料金表参照

法改正に伴う料金改定が行われた際は、改定後の料金表に基づき計算致します。

その場合は、文書にて事前に通知致します。

また、要支援1は週1回、要支援2は週2回の利用回数制限がございますが、制限を超える利用希望がある場合については、自費(1回 ￥1,500)にてご利用できます。

(2) 料金のお支払方法

決められた引き落とし日に口座引き落としとしてお支払いいただきます。(原則 1 ヶ月分)

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

ご利用を希望される方は、当事業所へご連絡ください。

居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員(ケアマネジャー)にご相談下さい。

利用申し込み者の判断能力に障害がみられる場合には、利用者に代わってその家族、代理人等と契約を行わせていただきます。

(2) 受入基準

以下に該当される方は、ご遠慮いただく場合がございます。

- ・病状、心身状態等が著しく悪く、当事業所で適切なサービス提供が出来ない場合
- ・他の利用者に対して、サービス提供上支障がある場合

(3) サービス利用の留意点

- 1 持物には、ご利用される方本人のお名前をご記入下さい。
- 2 着替えで使用するリハビリパンツ、オムツ、パット等はご自身でご用意下さい。
- 3 多額の現金及び貴重品の持参はご遠慮願います。また、サービス利用時に紛失、破損が生じた際の保証は致しかねます。
- 4 事業所内での金品及び食物のやり取りはご遠慮ください。飲食物の持込みもご遠慮願います。
- 5 危険物等(ナイフ・ハサミ・縫い針等)の持込みは固くお断り致します。危険物等を所持していると判断した場合は、所持品の手荷物検査を行います。
- 6 飲酒及び酒類の持込みはお断り致します。
- 7 事業所及び敷地内は全て禁煙となっております。
- 8 利用者の「営利行為、他者への執拗な宗教活動、特定の政治活動」は禁止します。
- 9 入浴・排泄介助について、通常は同性介助で行っておりますが、勤務の時間帯又は欠勤等の緊急時の際は、異性介助にて対応することがございます。その際は、業務開始時にお知らせいたします。
- 10 当施設は温泉を使用している為、身体が温まりやすい等の効果が表れやすいことから、入浴時の温度管理・入浴時間を定めております。(温泉温度40度～42度、温泉入浴2～3分)
- 11 当施設にて入浴後に塗布対応する塗り薬等は、病院から処方されたものに限ります。また、使用用途以外の箇所への塗布はお断りさせていただきます。

(4) サービスの終了

ア 利用者の御都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

イ 当事業所のやむを得ない事情によって、サービスの提供を終了させていただく場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知します。

ウ 自動終了

以下の場合は、双方の通知が無くても自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合

- ・利用者が亡くなられた場合

エ その他

- ・利用者やご家族などが、当施設及びサービス従業者に対して、あるいは他の利用者に対してのサービス提供上の支障(威嚇・嫌がらせ・粗暴行為等)があり、注意しても改善が見られないとき
- ・お支払いが滞っており、3ヶ月経ってもお支払いいただけないとき

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

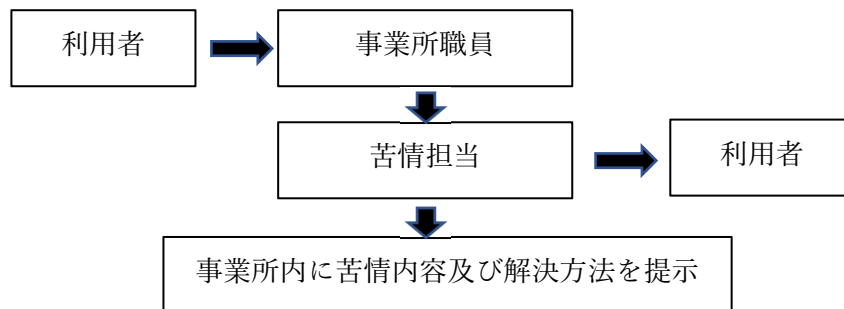
担当者 長谷川里永子・高杉 蘭・藤田美沙子

受付時間 午前8時30分～午後4時00分

電話 0172-95-3986 FAX 0172-88-5548

受付日 日曜日、8月13日・14日、12月31日～1月3日除いた全て

(2) 苦情処理体制(苦情処理の流れ)



当施設は日々のサービス向上努めておりますが、苦情・要望等がございましたら遠慮なく担当職員までご連絡ください。但し、その内容が当施設の方針又はサービス提供範囲を超えご本人ご家族様のご要望にお応えできない場合は、その旨をお伝え致します。

(3) ご意見箱

当事業所内(正面玄関脇)に「ご意見箱」を設置しております。苦情・意見等ありましたら投函して下さるようお願い致します。

(4) 外部機関の相談・苦情窓口

当事業所以外に、お住まいの市町村や関係機関に苦情・相談することが出来ます。

ア 弘前市介護保険課 0172-35-1111

イ 青森県国民健康保険団体連合会(苦情処理委員会) 017-723-1336

ウ 運営適正化委員会(青森県社会福祉協議会内) 017-731-3039

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、主治医・救急隊員・ご家族・介護支援専門員等へ連絡致します。また、緊急を要する状態と確認した場合は、救急搬送させていただきます。その際は、ご家族様(ご家族 1)へご連絡いたしますが、連絡が繋がらない場合は、その他の御家族様へ連絡をさせていただきます。いずれも連絡が繋がらない場合は、救急搬送後に連絡となる場合もございます。

8 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の処置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族様、居宅介護支援事業所等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録すると共に、その原因を解明し再発を防ぐ為の対策を講じます。

現場スタッフ一同は、十分注意してサービス提供しておりますが、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、加入している保険の範囲で賠償致します。

9 非常災害対策

防災時の対応	初期火災と消防署への通報、避難の実施等
防災設備	火災報知器、スプリンクラー、消火栓、粉末消火器の設備
防災訓練	年 2 回以上の避難訓練、火災通報、消火訓練等
防火管理者	蒔苗 俊二

10 秘密の保持について

- 1 当該事業所の従事者は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の情報を漏らしません。
- 2 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の情報を漏らしません。
- 3 事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又は、サービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。
- 4 当施設のサービス提供に関し、サービス計画書・診療録等その他必要な記録に関し、ご本人及びご家(身元引受人)より閲覧を求められた場合はこれに応じます。

11 虐待防止のための措置

利用者 に 身体的、精神的苦痛等の虐待を防止するため、責任者を設置し、サービス提供担当者に虐待防止啓発のための定期的研修を実施します。

12 身体拘束の禁止

利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

13 協力医療機関

名称: 弘愛会病院 (TEL: 0172-33-2871)
住所: 青森県弘前市大字宮川三丁目 1 番地 4

(同意・交付日) 令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所 社会福祉法人伸康会

通所リハビリテーション平成の家

所在地 弘前市大字独狐字石田 121 番 1

名 称 平成の家

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面により事業者からサービスについての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

令和 年 月 日

管理者 殿

利用者本人	住所
	氏名 印
ご家族(代理人) 1	住所
	氏名 印 (続柄)

	電話1	電話2
ご家族(代理人) 2	住所	
	氏名	印 (続柄)
	電話1	電話2

※ 緊急時等には、上記連絡先に順番に連絡をさせていただきます。

写真 ・ 映像等の使用	行事等ご本人の施設での様子を記録する場合がございますが、その記録を下記項目に限定して使用させていただきます。 ・施設新聞及びホームページ・ブログ等への掲載 (☐ 可・ ☐ 不可) ・伸康会施設内掲示板への掲載 (☐ 可・ ☐ 不可)
-------------------	---

個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整の為に必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

平成の家管理者 殿

(本人)住所 _____

氏名 _____ 印

(家族)住所 _____

氏名 _____ 印

情報開示に関する記述

当事業所では、利用者・ご家族様が当事業所サービスに対する理解を深め、サービス向上を図ることを目的として記録等の開示を行っています。

開示請求の手続き

請求権者が請求書に記入し、添付書類を用意したうえ、持参いただくか、郵送にてご提出ください。

(同意書や委任状は任意の様式でもかまいません)。

開示請求できる方	請求に必要な書類	
本人	利用記録開示請求書 (様式1)	—
身元引受人		本人身分証の写し (公的機関が証明してるもの)

開示請求の流れ

①請求書提出

②開示請求回答書

③写し費用請求(利用料に合算します)

※原則として、申請書を受理した日から起算して15日以内に開示の可否の決定を行います。

開示請求の費用

A4用紙1枚あたり10円、多色20円

閲覧請求について

閲覧を希望された場合、閲覧の日時、場所を調整する必要がありますので、請求後にこちらから日程調整の連絡をさせていただきます。

様式1

記録等開示請求書

年 月 日

事業所 管理者 様

請求人 〒 _____ 住所 _____

氏 名 _____ (大正・昭和・平成・令和 年 月 日生)

電話番号 () _____

次のとおり、記録等の開示を請求します。

1 開示請求に係る利用者	氏 名 _____ 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日(歳) 電話番号 () _____
2 請求人と利用者との間柄	(1) 利用者の親族 ((利用者からみて)夫、妻、父、母、子、祖父、祖母、その他()) (2) 利用者の親権者、成年被後見人の法定代理人(証明するものを提示) (3) その他()
3 開示を請求する内容	(1) 開示請求する期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 (2) 記録等の種類(該当する番号又は・を○で囲んでください。) 1 利用記録 2 ③ その他()
4 開示方法	該当する番号を○で囲んでください。 (1) 閲覧 (2) 写しの交付 (3) 閲覧及び写しの交付
5 閲覧の際に同席を希望している者	※(原則2名以内)原則として利用者本人が同席を同意している文書を添付 氏名 利用者との関係 氏名 利用者との関係
6 備考	