

介護老人保健施設 由季の里

(介護予防) 通所リハビリテーション要事項説明書 兼 契約書

(令和6年6月現在)

当施設は要介護、要支援認定をうけた方がご利用いただけます。

サービス提供にあたり、当事業所が説明すべき事項は次のとおりです。

1、事業所の概要

運営主体	医療法人社団 駿栄会
所在地	〒989-3161 宮城県仙台市青葉区折立4丁目1番15号
代表者職氏名	理事長 八竹 健司
事業所名	介護老人保健施設由季の里 指定通所リハビリテーション事業所
所在地	〒989-3161 宮城県仙台市青葉区折立4丁目1番15号
介護保険事業所番号	0455180133
管理者および 連絡先	管理者 工藤一彦 医師 坂本正寛 電話番号 022-226-4633 FAX 022-226-3376

2、運営主体があわせて実施する事業

事業の種類	事業所名	介護保険事業所番号
介護老人保健施設 由季の里	介護老人保健施設 由季の里	0455180133
短期入所(介護予防) 短期入所療養介護 訪問リハビリテーション	介護老人保健施設 由季の里	0455180133

3、施設の概要等

開設年月日	平成21年4月1日	定員	(介護予防) 通所リハビリテーション 定員30名
営業時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分まで		
主な設備			
デイケアルーム(機能訓練室兼)、浴室(リフト浴2台)(一般浴1槽)(特殊浴) 相談室、診察室、会議室、事務室、トイレ(多目的トイレ)※老人保健施設兼用 静養用ベッド			

4、事業所の職員体制等(※ 介護老人保健施設 由季の里と一部兼務あり)

職種	業務	人員
管理者	施設の運営管理に関すること	1名 ※

医師	医学的管理に関すること	1名以上 ※
看護師・准看護師	看護業務に関すること	1名以上 ※
介護福祉士・介護職員	介護業務に関すること	6名以上
理学療法士・作業療法士	リハビリテーションに関すること	2名以上 ※
管理栄養士	栄養管理・指導に関すること	1名以上 ※
支援相談員	相談援助業務に関すること	1名以上 ※
事務員	各種事務処理に関すること	3名以上 ※
運転手	運転業務に関すること	1名以上 ※

5、事業所の基本理念・運営方針

○基本理念 抜針

利用者1人1人の人格を尊重し、人間的尊厳のもと生活を営むことができるための支援をします。職員一人ひとりが個々の能力を十分に発揮し、安全な看護、暖かい介護を提供します。利用者、家族、地域の方々と一体となり地域福祉の核となる施設を目指します。

○施設の目的

ご利用様が要支援、要介護状態等となった場合、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日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能回復を図ることを目的とします。

○通所リハビリテーションの運営方針

精神的な自立、身体的な自立、社会的な自立といった三位一体の自立を目標に通所リハビリテーション計画をたて、スタッフ一同が一体となったりハビリの提供に努め、介護保険制度における在宅支援施設としての核となるサービスを提供します。

6、送迎の実施地域及び営業時間

施設を中心として、愛子方面（錦ヶ丘含む）、みやぎ台方面（赤坂、高野原含む）、八幡方面（国見含む）、国見ヶ丘方面（貝ヶ森含む）、茂庭方面（人来田辺り）、作並方面、秋保方面、立町・大町方面等半径5K圏内。

営業日	月曜日～土曜日（日曜日、年末年始12月30日～1月3日は休み）
営業時間	8時30分～17時30分まで

※自然災害や感染症等のまん延によりやむを得ず休業を頂く場合がございますが、都度ご連絡をさせて頂きます。

7、サービスの概要

通所リハビリテーション計画の立案	自立支援のもと、ケアマネージャー様の居宅サービス計画に基づき、通所リハビリテーションの計画を立案します。定期でカンファレンスとモニタリングの実施。利用者様、家族様にご説明のもと同意を頂き交付します。 サービス提供時間につきましては、居宅サービス計画に基づいた利用時間をご利用
------------------	--

	を頂きます。
お食事の提供	昼食 12:00～ おやつ 15:00～ 栄養のバランスと身体状況などを考慮し提供させていただきます。
入浴	午前中の中の入浴時間となります。身体状況にあわせて、一般浴、機械浴を使用して入浴することができます。体調不良時には入浴ができないことがあります。シャワー浴または清拭、着替えなどを相談の上行います。
介護	通所リハビリテーション計画のもとに、自立支援のもと、利用者の立場にたつてケアをさせていただきます。
機能訓練	理学療法士、作業療法士により心身等の状況に応じて評価を実施し、日常生活の送るのに必要な機能維持・回復またはその減退を防止するための日常生活動作を主にしたリハビリテーションを実施します。またその実施においてはリハビリテーション計画を作成します。 集団体操、また心身機能向上に期待される様々なレクリエーションの提供、季節にあわせた行事を実施します。他者交流も支援いたします。 機能訓練の一環で個別創作活動（個々に実費がかかります）も行っております。
健康チェック	健康チェックを利用時行います。体調を十分に整え利用をお願いし、ご本人様の状態に照らし合わせ適切な健康管理支援を行います。
その他の支援	担当ケアマネジャー様と連携し、ご自宅での担当者会議への参加、また在宅生活における福祉用具の選定など相談に応じます。

8、サービスの利用料及び利用者負担

(1) 別紙、介護老人保健施設 由季の里 介護保険一覧表のとおりとなります。

お食事代（おやつ代金含む） 680円、 おやつのみ 102円

その他趣味活動材料費 実費（相談の上利用する場合）

※利用のキャンセル（お休みについて）

利用予定日にお休みをされる場合には当日 8時 30分までに連絡をお願いします。前もって通院など予定がわかるお休みについては、事前にお知らせください。

連絡を頂けなかった場合など、お食事代のキャンセル料（680円）が発生する場合がございますので、ご注意ください。

(2) 利用料の支払い方法

毎月末で締め切り、翌月 10 日頃に請求書を発行しますので、その請求書発行付きの末日までにつきのいずれかの方法でお支払いください。

- ① アプラス代金回収サービスシステムを利用した自動口座振替によるお支払い（毎月 27 日振替日 休日の場合は前日）別紙で手続きをお願いします。
- ② 当施設の指定口座へお振込みによるお支払い（利用者様のお名前をお願いします）
基本的には送迎時に職員が利用料金を現金で預かるなどは行っておりません。

ご利用料請求書 送付先

氏 名	続柄
住 所	

9、記録について

当施設はご利用者様のサービス提供に関する記録を作成し、その記録は5年間保存いたします。利用者様の求めがあった場合は原則として記録の閲覧、謄写をいたします。家族（身元引受人）が求められた場合には事情を確認し、当施設が必要と勘案される場合応じます。

10、身体拘束について

当施設では、原則として身体拘束を行いません。ただし、利用者様と他利用者様の生命や身体を保護するため、緊急やむを得ない場合には、医師、看護師、介護士、介護支援専門員等により構成される身体拘束廃止委員会を招集し会議を行い、身体拘束そのほか利用者の行動を制限する行為を家族（身元引受人）の同意いただいた上で行うことがあります。

身体拘束等適正化のための研修も定期的実施し、虐待防止とともに委員会も開催していきます。

11、事故防止及び事故発生時の対応

当施設は、安全かつ適切に事故防止マニュアルの作成、また担当者を定め、委員会を設置し、未然防止と再発防止日々努めます。最大限転倒など事故を防げるように努めてまいります。状況によりふせぎきれないこともございます。

事故発生時には、状況により医師の判断のもと通院や経過を見させていただくなど適切に対応をさせていただきます。事故防止委員会の開催を行います。

サービスの提供等の事故につきましては、状況を勘案し、必要な措置を講じます。

12、緊急時の対応 と 協力医療機関について

利用時体調不良がある場合、ご家族様に連絡をさせていただきます。通院が必要な場合にはご相談させていただきます。

また急変時、施設医師の判断での命に係わる緊急時には、救急搬送を行うことがあります。その際には速やかに家族へ連絡をいれますし、搬送先病院へ向かって頂くことをお願いします。ご家族の到着を待たずに、医療や救急処置について同意を求められる場合がありますし、万が一連絡がつかなかった場合に、人命尊重を第一に代わって同意することがありますのでご理解をお願いします。

※当施設協力医療機関

協力医療機関：仙台赤十字病院 仙台市太白区八木山本町2丁目43-3 243-1111
 東北労災病院 仙台市青葉区台原4丁目3-21 275-1111
 イムス明理会仙台総合病院 仙台青葉区中央4丁目5-1 268-3150
 協力歯科医院：鈴木章歯科医院 仙台市青葉区愛子東3丁目14-4 392-1318

13、衛生管理について

当施設では責任者を定め、感染症の発生やまん延防止、また万が一発生した場合にも適切に業務継続できるよう感染症と感染症と食中毒防止マニュアルを作成し防止のための体制を整備し、定期的な委員会の開催と研修も行っています。

14、褥瘡対策について

当施設では褥瘡が発生しないよう褥瘡予防マニュアルを作成し、委員会を開催のもとに発生防止するための体制を整備し取り組みを行っています。

15、虐待防止について

当施設では虐待防止、不適切ケアが行われることのないようマニュアルを作成、対策を検討する委員会をリスクと身体拘束とともに開催、虐待防止のための研修を定期的に行い、職員の意識を高め体制を整備しています。また発生した場合には委員会で検討し、全職員で周知徹底し改善に努めます。

16、非常災害時の対策

非常時の対応	防災設備として、スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知装置、非常警報装置等あり、別途定める災害計画のもと行います。	
災害予防	防火管理者 1名	火気責任者各室
訓練	年2回消防訓練を実施します。うち1回は消防署の指導の下実施します。	

17、要望相談窓口及び苦情対応について

利用者、家族（身元引受人）からの要望、苦情について適切に対応する体制を整備し、対応に応じます。苦情に対して適切な対応、サービスの向上にも努めてまいります。

なお、施設内にもご意見箱を設けております。

- 苦情、相談受付担当者 支援相談員 井上 牧子 早坂 洋明
 - 苦情、相談解決相談責任者 管理者 工藤一彦 医師 坂本正寛
- 相談連絡先 0 2 2 - 2 2 6 - 4 6 3 3

○そのほかの苦情窓口

仙台市青葉区役所障害高齢課介護保険課	022-225-7211
仙台市介護支援事業支援課 居宅サービス指導係	022-214-8192
宮城県国民健康保険団体連合会	022-222-7070

18、業務継続計画の策定について

当施設では感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するため非常時の体制で早期の業務再開をはかるための計画を策定し、必要な措置を講じます。

19、秘密の保持・個人情報使用について

当施設職員は、業務上知りえた利用者またはその家族に関する情報を正当な理由なく第三者にはもたしません。

利用終了後、職員の退職後も同様とさせていただきます。

個人情報使用の同意について

※必要に応じて、介護サービス利用のための市町村や居宅介護支援事業者そのほかの介護保険事業所等への情報提供、医療機関等への療養情報の提供の場合

※実習生が関わらせて頂く場合

※顔がはっきりとわからないような写真を広報等にのせる場合（避けたい方は申出ください）

個人情報は氏名・住所など個人を特定できるすべての情報としてとらえています。上記の件で用いる場合にも最小限にとどめ、施設に本人にかかる問い合わせがあった場合には原則的にお答えいたしません。

20、ご利用の注意事項

送迎サービスについて	基本的に送迎は行います。ご家族様の送迎の場合には基本単価より減算させていただきます。運転マニュアルを設け、十分に注意し安全運転で行います。 方面により他利用者様と乗り合いの車となります。 予定到着時間より道路状況（渋滞、悪天候）等により送れる場合がありますがご了解ください。また大幅に遅れが生じる場合にはご連絡をいたします。
所持品、現金の管理	現金や高額な金品の持ち込みはご遠慮ください。万が一紛失された場合には責任がおりかねますのでご了承ください。 利用の為に持ち頂きたいものは別紙にてご案内いたします。
携帯電話利用	携帯電話の持ち込みは可能です。フロア内での通話は控えて頂き、ロビーでの利用とし、マナーある利用の協力をお願いします。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙は建物内全面禁止とさせていただきます。 ・気持ちよくお互いが通所するために他利用者との物のやりとりはお控えをお願いします。 ・営利活動、宗教活動などはご遠慮をお願いします。 ・設備、備品の利用は本来の用法に従いご利用ください。万が一故意的な破損の場合には賠償して頂くことがあります。 ・感染症まん延時期などは、健康観察のお願いをしております。発熱時などの場合、また感染症まん延地域への往来などあった場合にはお休みをお願いすることがございます。
サービスの中止について	要介護認定でなくなったとき（非該当の認定）の場合。 本人家族（身元引受人）からサービスの中止の申出があった場合。 居宅サービス計画上、改善がみられリハビリテーションが卒業と判断される場合。 また、支払いが3か月延滞した場合、当施設の判断で著しく施設生活が難しいと勘案

された場合（暴行、暴言、反社会的行為、窃盗、施設生活ができない体調不良）等、施設側からも利用の解除をする場合もございます。

【説明確認欄】

年 月 日

1、○サービスの内容について、本書面を交付し重要事項を説明しました。

職種 支援相談員 説明者 _____

○契約の締結に当たり、重要事項説明書の説明を受け同意し受領致します。

利用者様 _____

ご家族様 _____

2、サービス内容について、本書面の受領のうえ事業者から説明を受け、介護老人保健施設 由季の里のサービス内容を十分に理解した上、サービス利用に同意いたします。

利用者様 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

ご家族様等 住所 _____

氏名 _____ (続柄)

電話 _____

代理人様 住所 _____

氏名 _____ (ご関係)

電話 _____