

指定介護予防通所リハビリテーション事業所  
介護老人保健施設ファンコート泉重要事項説明書

指定介護予防通所リハビリテーション事業所 介護老人保健施設ファンコート泉  
重要事項説明書

< 令和6年6月1日 現在 >

1. 事業の目的及び運営方針

**目的** ・医療法人社団平成会が開設する、介護老人保健施設ファンコート泉が行う指定介護予防通所リハビリテーション事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が要支援状態と認定された高齢者に対し、介護保険法の趣旨に従い、介護予防通所リハビリテーション計画を立案実施し、利用者の心身の機能維持回復を図ることを事業目的とします。

**方針** ・介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、理学療法等その他必要なリハビリテーションを行い、ご利用者様の心身の機能維持回復を図り、在宅での生活が維持できるよう努めます。  
・事業の実施にあたっては、関係市町村、介護予防支援事業者（地域包括支援センター）、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

- 事業所名 指定介護予防通所リハビリテーション事業所  
介護老人保健施設ファンコート泉
- 開設年月日 平成29年6月1日
- 所在地 宮城県仙台市泉区西田中字萱場中37番1
- 電話番号 022-347-4811
- FAX番号 022-347-4812
- 管理者名 坂東毅彦
- 介護保険指定番号 仙台市0455580076号（平成29年6月1日）
- 通常の送迎実施地域 仙台市泉区及び青葉区の一部（送迎時間が概ね20分程度の範囲内）

(2) 事業所の職員体制

- |                    |          |
|--------------------|----------|
| ①管理者（施設長）          | 1名（常勤兼務） |
| ②医師                | 1名（兼務）   |
| ③看護職員              | 1名以上     |
| ④介護職員              | 1名以上     |
| ⑤支援相談員             | 1名（専従）   |
| ⑥理学療法士・作業療法士、言語聴覚士 | 1名以上     |
| ⑦事務員               | 1名以上（兼務） |
| ⑧管理栄養士             | 1名以上（兼務） |
| ⑨栄養士               | 1名以上（兼務） |
| ⑩調理職員              | 1名以上（兼務） |

(3) 営業日及び営業時間、サービス提供時間

営業日 月曜日から土曜日  
営業時間 午前8時30分から午後5時30分  
サービス提供時間 午前9時45分から午後4時00分

(4) 定員 : 月曜日～金曜日 30名  
土曜日 25名

(5) サービス内容

事業所でのサービスは、要支援者の家庭での生活を継続させるために立案された介護予防サービス計画に基づき事業所をご利用いただきます。このサービスを提供するにあたっては、ご利用者様に関するあらゆる職種の職員の協議によって介護予防通所リハビリテーション計画が作成されますが、この際、ご本人・ご家族の希望を十分に取り入れ、また計画の内容については同意をいただくと共に交付いたします。

- 送迎 ご自宅まで送迎いたします。尚、通常送迎実施地域を超えた場合は、別途料金を頂きます。  
また、交通事情により、送迎の時間が若干前後する場合がありますのでご了承下さい。
- 食事 管理栄養士が立てる献立表により、栄養とご利用者様の身体状況を考慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。
- 入浴 一般浴槽と特別浴槽があり、ご利用者様の状態に合わせた入浴方法で介助させていただきます。
- 介護 経験豊かな介護の専門職が、ご利用者様の残存能力を引き出す良質な介護を提供いたします。
- リハビリテーション 心身機能の維持・回復を目的に、ご利用者様に適した訓練プログラムを理学療法士等が作成・実施・評価いたします。
- レクリエーション 気分転換や社交の場を提供し、楽しくご参加いただけるレクリエーションの実施により心身状態の活性化を図ります。
- 趣味・教養活動 手芸・書道・演芸会等、ご利用者様のニーズに沿った内容の生きがい活動を楽しく支援いたします。
- 季節行事 お誕生日のお祝いや、季節行事等を通じて季節感を積極的に促し、ご利用者様相互の交流や親睦を深めていきます。
- 健康管理 体温・血圧等の測定や問診を通じ、医師・看護職員が日々の健康管理をいたします。

※ 参加意欲の低いご利用者様においても、基準を大幅に上回る職員配置にて個別対応することで、集団の中で放置されることのない有意義なご利用時間の提供をいたします。

### 3. 利用料金

(1) 利用料金 ご利用料金のご案内(別紙)をご参照ください。

## (2) 支払方法

① 毎月10日までに、前月分の請求書を発行します。

② お支払いは、原則として預金口座自動引落しでお願い致します（引き落とし日は郵便局が毎月25日、七十七銀行が毎月27日となり、その日が営業休止日の時には翌営業日となります）。但し、預金口座自動引落しができない場合は契約時にご相談ください。

\* 事業所の職員は金銭のお預かりはいたしませんのでご了承ください。

\* ご利用者様がまだ要介護認定を受けてない場合

サービス利用料金の全額を一旦お支払いただきます。要介護認定を受けたあと、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

認定が「自立」の場合は、全額自己負担になります。

\* 介護保険料滞納により償還払い（施設に10割を一旦払う方式）となる場合もあります。

## 4. サービスの利用方法

### (1) サービス利用開始

当事業所と契約締結後、介護予防通所リハビリテーション計画書を作成しサービスの提供を開始致します。介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護予防支援事業所（地域包括支援センター）にご相談ください。

### (2) サービス利用の中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、ご利用者様の都合によりサービス利用の中止または変更、若しくはサービス利用の追加をすることができます。この場合、利用予定日の前日までに、事業所及び介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に申し出てください。

② サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所状況により、ご利用者様の希望する日にサービス提供ができない場合、他の利用可能日を提示して協議致します。

### (3) サービス利用の解除・終了

① 次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致します。

\* ご利用者様が介護保険施設に入所した場合

\* ご利用者様の介護認定区分が要介護又は非該当（自立）と認定された場合

\* ご利用者様がお亡くなりになられた場合

② 利用者からの解除・終了

ご利用者様は次に掲げる場合には、事業所に対し、有効期間であっても利用契約の全てまたは、

一部を解約することができます。その場合には、速やかに事業所及び介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に文書にてお申し出てください。

\* 事業者が正当な理由無くサービスを提供しない場合

\* 事業者が守秘義務に反した場合

\* 事業者がご利用者様やご家族様に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

\* 事業者が破産した場合

③ 事業所からの解除・終了

事業所から次に掲げる場合には、文書にて通知することにより、利用契約の全てまたは一部

を

解除させていただくことがあります。

＊ 利用者のサービス利用料金の支払を催告したにもかかわらず、その支払が3ヶ月以上遅延した場合

＊ ご利用者様が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合、またはご利用者様の入院若しくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態

にあることが明らかになった場合

＊ ご利用者様またはそのご家族様が、事業者や事業所の職員または他のご利用者様等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為または反社会的行為を行った場合

態

## 5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・ご

家

族・介護予防支援事業者（地域包括支援センター）等へ連絡いたします。

## 6. 事故発生時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者様のご家族様及び保険者並びに介護予防支援事業者（地域包括支援センター）へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

## 7. 非常災害対策

(1) 別途定める「ファンコート泉消防計画」に則り対応いたします。

(2) 地域住民による防災協力を設置し、非常時の応援を約束しています。

(3) 別途定める「ファンコート泉消防計画」に則り、年2回の避難訓練を実施します。

## 8. 個人情報の保護

(1) 当事業所は、ご利用者様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドランス」を遵守し適切な取扱いに努めます。

(2) 当事業所が得たご利用者様の個人情報については、介護サービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じてご利用者様又はその代理人の了解を得るものとします。

※ 当事業所における個人情報の取り扱い（個人情報に関する基本方針）は、当事業所のホームページで公表しています。

## 9. 身体拘束等の排除

当事業所は、ご利用者様の人格尊重の理念のもとに、身体拘束等の排除に取り組み高齢者虐待防止運動に努めます。但し、ご利用者様又は他の利用者様等の生命または身体を保護するため緊急を要し、他に代替の方法がなく止むを得ず身体拘束を実施する場合は、ご家族等の同意を得ることとします。

## 10. 虐待の防止について

(1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。

②虐待の防止のための指針を整備しています。

③職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施しています。

④虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

虐待の防止に関する担当者 支援相談員

(2) サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを区市町村に通報します。

## 11. 要望及び苦情等の相談

(1) ご利用者様からの要望・苦情の窓口は、支援相談員が承らせていただきますので、お気軽にご相談下さい。

受付窓口担当者	支援相談員
受付時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分
電話番号	022-347-4811（総合相談室）
苦情解決責任者	坂東毅彦

そのほか、事業所に備えつけられた「ご意見箱」をご利用ください。

(2) その他事業所以外に、市町村からの相談・苦情窓口等に苦情を申し出ることもできます。

* 第三者委員	橋本由起子・星 次
* 仙台市介護事業支援課居宅サービス指導係	022-214-8192
* 宮城県運営適正化委員会	022-716-9674
* 仙台市青葉区役所 介護保険課介護保険係	022-225-7211
* 仙台市泉区役所 介護保険課介護保険係	022-372-3111

(3) 当事業所では、第三者評価の実施はありません。

但し、湖山医療福祉グループとしてサービス改善評価を実施しています。

## 12. 賠償責任について

(1) 介護保険サービスの提供に伴って、事業所の責に帰すべき事由によって、ご利用者様が損害を被った場合、事業所はご利用者様に対して損害を賠償するものとします。

(2) ご利用者様の責に帰すべき事由によって、事業所が損害を被った場合、ご利用者様は事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

## 13. ご利用にあたっての留意事項

- \* 送迎時間の連絡 …… 送迎毎のご連絡はいたしませんのでご了承下さい。
- \* 体調確認 …… 急変が予想される場合のほかはご連絡いたしません。

- \* 体調不良による  
サービスの中止、変更・・・緊急時の連絡方法に従ってご連絡の上対応いたします。
- \* 食事のキャンセル・・・ご利用開始後の変更はできません。
- \* 時間変更・・・サービス提供時間内でのみ可能です。急なお申し出には対応できない場合がございます。可能な限り事前にご確認ください。
- \* 設備・器具の利用・・・材料を要するもの以外のご利用は、全てご利用料金に含まれております。
- \* 医療機関の受診・・・指定介護予防通所リハビリテーション利用時は受診できません。
- \* 現金・貴金属の管理・・・現金・貴金属の類は、万が一紛失の場合、他のご利用者様に迷惑が及ぶ場合も想定されますので、くれぐれも持参しないで下さい。  
仮に金品を所持された場合は、ご利用者様の自己責任のもとで管理し、紛失に際して当事業所は一切の賠償に応じ兼ねますのでご注意下さい。
- \* ペットの持ち込み・・・原則としてできません。
- \* 営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動  
・・・禁止しております。
- \* 迷惑行為・・・他のお客様への迷惑な言動行為はご遠慮ください。

年 月 日

指定介護予防通所リハビリテーション事業所 介護老人保健施設ファンコート泉を利用するにあたり、ご利用者様に対して重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 宮城県仙台市泉区西田中字萱場中37番1  
名 称 指定介護予防通所リハビリテーション事業所  
介護老人保健施設ファンコート泉  
介護保険指定番号 介護老人保健施設 仙台市 0455580076 号

代表者 理事長 遠藤 忠雄 印

説明者 氏 名 印

私は、事業者から指定介護予防通所リハビリテーション事業所 介護老人保健施設ファンコート泉利用についての重要事項について、説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

利 用 者

住 所

氏 名 印

御家族（保証人）

住 所

氏 名 印