

通所介護サービス重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 指定通所介護事業所の概要

事業所名	生活リハビリデイセンター アビリティーズ豊田
介護保険事業所番号	2373002837
開設者	アビリティーズ・ケアネット株式会社 代表取締役 伊東 弘泰
法人設立年月日	1966年6月11日
本社所在地	東京都渋谷区代々木四丁目30番3号新宿ミッドウエストビル
管理者名	河合 真希
所在地	愛知県豊田市元城町1-52 NTT 豊田ビル1階
電話番号	0565-37-1510
FAX 番号	0565-37-1520
利用定員	月～土曜日 33名
訓練室兼食堂	128.7m ²
静養室	12.0m ²
相談室	6.3m ²
浴室	特殊浴槽 1台 一般介助浴槽 2台(うち1台リフト対応可能)

(2) サービスを提供する地域(通常実施地域)

通常の事業の実施地域は、豊田市の一部(挙母地区・高橋地区・猿投地区・保見地区・上郷地区の一部(永覚新町・駕鴨町・渡刈町・豊栄町))とする。

挙母地区:逢妻町・秋葉町・曙町・朝日ヶ丘・朝日町・今町・梅坪町・上挙母・栄生町・小川町・大池町・落合町・柿本町・金谷町・河合町・川端町・神田町・喜多町・京町・久保町・鴻ノ巣町・小坂町・小坂本町・寿町・挙母町・衣ヶ原・栄町・桜町・三軒町・汐見町・清水町・下市場町・下林町・樹木町・昭和町・白浜町・新生町・陣中町・新町・新明町・水源町・砂町・聖心町・千足町・太平町・高崎町・高原町・竹生町・田代町・田中町・田町・長興寺・司町・月見町・土橋町・貞宝町・天王町・東新町・常盤町・十塚町・トヨタ町・中島町・錦町・西新町・西町・西山町・日南町・白山町・八幡町・花丘町・東梅坪町・久岡町・日之出町・平芝町・平山町・広久手町・広路町・深田町・平和町・細谷町・本新町・本地町・前田町・前山町・松ヶ枝町・丸根町・丸山町・瑞穂町・緑ヶ丘・宮上町・宮口町・美山町・宮町・御幸町・明和町・元城町・元町・元宮町・山之手・横山町・竜宮町・若草町・若宮町

高橋地区:池田町・市木町・泉町・岩滝町・上野町・大見町・神池町・川田町・京ヶ峰・古瀬間町・琴平町・志賀町・渋谷町・千石町・高橋町・寺部町・渡合町・百々町・野見町・野見山町・東山町・平井町・広川町・扶桑町・宝来町・水間町・御立町・宮前町・室町・森町・社町・矢並町・高上・美里・双美町・美和町・五ヶ丘

猿投地区:青木町・荒井町・井上町・上原町・乙部町・加納町・亀首町・越戸町・猿投町・四郷町・枝下町・高町・西広瀬町・花本町・平戸橋町・本徳町・舞木町・御船町・乙部ヶ丘

保見地区:伊保町・大畑町・大清水町・貝津町・篠原町・浄水町・田舩町・広幡町・東保見町・保見町・八草町・保見ヶ丘

上郷地区:永覚新町・駕鴨町・渡刈町・豊栄町

(3) 営業日およびサービス提供時間

営業日／営業時間	月曜日～土曜日、祝日／8：30～17：30 但し、年末年始(12月30日から1月3日まで)を除く。
サービス提供時間	月～土曜日 9：30～16：30

(4) 従業員数（サービス従事者）

職 種（員 数）	職 務 内 容
管理者（1名）	事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、利用申し込みに関わる調整、及び従業者の事業に関する法令等の規定を遵守させるために必要な管理指導を行う。
生活相談員 （1名以上）	ご利用者及びご家族等からの相談に応じ、通所介護計画・介護予防通所介護計画の原案作成の補助、従業者に対する技術指導、関係機関との連絡調整等を行う。
介護職員 （5名以上）	ご利用者の心身の状況等を的確に把握し入浴、食事等の介助及び援助その他、サービス提供上必要な業務の提供にあたる。
看護職員 （1名以上）	ご利用者の心身の状況等を的確に把握し、健康管理その他、サービス提供上必要な業務の提供にあたる。
機能訓練指導員 （1名以上）	日常生活を営む上に必要な、機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。

2. 通所介護サービスの目的と運営方針

(目的)

通所介護事業所生活リハビリデイセンター アビリティーズ豊田（以下「当事業所」といいます。）は、介護保険法令の趣旨および「通所介護サービス契約書」ならびに「通所介護サービス重要事項説明書」に従い、ご利用者に対して可能な限りその居宅において、甲の有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的とし通所介護サービス（以下「本サービス」といいます。）の提供に努めます。

(運営方針)

- (1) 本サービスの実施にあたっては、ご利用者の意思および人格を尊重して、常にご利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。
- (2) サービス従事者は、ご利用者が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、ご利用者の心身の状況・希望およびそのおかれている環境を踏まえた適切なサービスを提供します。
- (3) 本サービスの実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村・他の居宅サービス事業者・その他の保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する方々との連携に努めます。
- (4) 従業者の資質向上のため、採用時研修ならびに年間の研修計画を策定し、高齢者の尊厳の保持、感染症対策、認知症ケアに関する知識および理解、事業に係わる知識等についての研修を実施します。

3. サービス提供内容

(1) 提供できるサービスの内容

通常規模型通所介護	
食 事	午前12時から午後1時までの間。
入 浴	ご希望に応じて、それぞれ週2回以内の入浴サービスを提供いたします。ただし、希望者が多数の場合には、ご希望に添えない場合があります。

介 護	移動介助・排泄介助・身体清潔への介助等を提供いたします。
通 所 介 護 サ ー ビ ス	趣味やレクリエーション活動を楽しんでいただき、心身機能の回復維持に努める生活プログラムを提供します。
個別機能訓練	個別に機能訓練計画を作成し、機能訓練指導員等による計画的なリハビリや訓練、提供します。
健 康 管 理	日々の血圧、体温等の確認と、定期的な体重測定をいたします。
生 活 相 談	ご利用者、ご家族の日常生活における介護等に関する相談をお受けいたします。
送 迎	送迎をご希望の方には、送迎車による送迎を行います。(事情により玄関までの送迎が困難な場合もありますので、事前に相談させていただきます)

- (2) 本サービスの提供にあたっては、ご利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう適切にサービスを提供します。
- (3) 本サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでもサービス従事者にご遠慮なく質問してください。
- (4) 本サービス提供にあたっては、別紙「通所介護計画書」にもとづき、ご利用者の生活全般にわたる援助を行うよう適切に実施いたします。

4. サービス利用料金

別紙料金表をご参照ください。

5. サービス利用料金のご請求等について

- (1) サービス利用料金は、別紙料金表にもとづき1ヶ月の利用回数の合計を計算し、更にご利用者負担額を併せて、毎月15日までに請求書を送付いたします。
- (2) サービス利用料金は、原則としてご利用者の金融機関口座から口座振替にてお支払いいただきます。それ以外のお支払方法については、個別にご相談させていただきます。
- (3) 口座振替については、毎月27日に前月分のご利用者負担額を引き落としさせていただきますので、予めご了承ください。お支払を受けたときに、領収証の発行をいたします。
- (4) 支払期日においてサービス利用料金のお支払いがなされなかった場合、支払期日の翌日から支払完了の日数に応じて年率14.6%の割合で計算した遅延利息を合わせて請求することがありますので、あらかじめご了承ください。
- (5) 万一、サービス利用料金のご請求にもかかわらず、お支払が2ヶ月以上遅延し、催告をしたにもかかわらず、その日から14日以内にその支払がなかった場合、契約を解除させて頂く場合がありますので、あらかじめご了承ください。

6. その他のサービスご利用上の注意点

- (1) ご利用者は、いつでもサービス内容の変更を申出ることができます。その場合、当事業所は、本サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申出に応じます。
- (2) 契約期間中に一時入院・入所された場合、本サービスについては、介護保険からの給付が受けられないため、本契約は終了します。
- (3) 施設内の備品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、弁償していただく場合があります。
- (4) 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- (5) 他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (6) 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- (7) 施設内での他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
- (8) 本契約期間は、____年 ____月 ____日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。当事業所は契約期間満了日の1週間前までにご利用者から当事業所に対して、文書による契約終了の申し出がない場合には、契約期間満了日の翌日から次の要介護認定の有効期間満了日までの期間を契約期間として契約を自動的に更新します。

- (9) 機器を使用する訓練をご希望される場合には、下記に該当される方は、当事業所へお申し出ください。ご利用をお断りする場合があります。また、ご利用前に必ず主治医等にご相談ください。

- ・ 医師からマッサージを禁じられている人
(例：血栓（塞栓）症・重度の動脈りゅう（瘤）・急性静脈りゅう（瘤）・各種皮膚炎および皮膚感染症〔皮下組織の炎症を含む〕・急性腰痛・椎間板ヘルニア・腰椎すべり症・脊椎間狭窄症・変形性腰椎症・おしり周りの急性炎症・急性臀部痛・梨状筋症候群・坐骨神経痛等）
- ・ 自分で意思表示ができない人、または操作できない人
- ・ ペースメーカーなどの電磁障害の影響を受けやすい体内植込み型医用電気機器を使用している人
- ・ 悪性しゅよう（腫瘍）のある人
- ・ 骨盤周りやおしり・太ももに重度の血行障害のある人
- ・ 心臓に障害のある人
- ・ 妊娠中や生理中、出産直後の人
- ・ 糖尿病など高度な末しょう（梢）循環障害による知覚障害のある人
- ・ 骨粗しょう（鬆）症の人、せきつい（脊椎）を骨折している人、ねんざ（捻挫）、肉離れなどの急性とう（疼）痛性疾患の人
- ・ 施療部位に創傷のある人
- ・ 体温 38℃以上（有熱期）の人（例：急性炎症症状〔けん怠感・悪寒・血圧変動など〕の強い時期、衰弱しているとき）
- ・ 安静を必要とする人や著しく体調のすぐれないとき
- ・ 変形性股関節症など股関節の悪い人
- ・ 上記以外に身体に特に異常を感じているとき

7. キャンセル料

ご利用者の都合でサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

ご利用日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前日午後5時以降にご連絡いただいた場合又はご連絡がなかった場合	650円

8. 個人情報の取り扱いについて

- (1) 事業所が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業所の介護サービスの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利用者又はその家族の同意を得るものとする。
- (2) 利用者またはその家族の個人情報については、従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従事者との雇用契約の内容に明記します。
- (3) 個人情報は、当社個人情報保護方針にもとづき、適切に管理・保管いたします。

9. ハラスメントの防止について

- (1) 当社の基本的方針

当社は「男女雇用機会均等法」ならびに「労働施策総合推進法」に基づき、誰であっても誰からも「ハラスメント」を受けることがない職場環境の実現を目指しています。

- (2) ハラスメントの意味

介護サービスの提供・利用の場面で①暴力、暴言または著しく不当な要求その他相手方に著しく迷惑をかける言動、または②相手方に不快感を与える性的な言動（セクシャルハラスメント）を意味します。

(3) サービス従事者に対する教育及び指導

当社は、サービス従事者に対してご利用者又はその家族に対して「ハラスメント」を行うことがないよう、研修及び指導を行っています。

(4) 苦情または相談

サービス従事者から「ハラスメント」を受けた場合は、相談・苦情窓口にお申し出ください。相談・苦情窓口担当者が速やかに対応します。

(5) 利用者又はその家族による「ハラスメント」の禁止

サービス提供に困難をきたす当社サービス従事者に対する「ハラスメント」は行わないでください。具体的に、暴力または暴言その他の迷惑行為や不快感を与える性的な言動を指します。

(6) サービス提供に係る契約が終了する場合の措置

①当社は、次に掲げるいずれかの場合には、本契約を解除することができます。

- ・ご利用者又はその家族が当社サービス従事者の心身に危害を及ぼしまたは及ぼす恐れのある行為を行った場合であって、当該行為の再発を防止することが著しく困難である等、当該ご利用者に対してサービス提供することが著しく困難になったとき。

- ・ご利用者又はその家族が上記(5)にある言動をした場合であって、サービス従事者の安全の確保が困難である等当該利用者に対してサービス提供をすることが著しく困難なとき。

②上記①の理由により契約が終了する場合には、当社はご利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡する等、必要な措置を速やかに講じます。

10. 高齢者虐待の防止について

当社は、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき指針を整備し、ご利用者に対するサービス従事者の高齢者虐待を防止するため各事業所の管理者を責任者とした委員会を設置し、サービス従事者に対する研修計画の策定、研修の実施及び虐待又は虐待が疑われる事案についての対応方法等の指導を行います。

また、事業所での委員会実施状況ならびに、当社として対応が必要な事項の報告を求め定期的に確認します。

11. 身体拘束について

当事業所は、当該ご利用者又は他のご利用者等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、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

12. 事故発生時の対応

(1) 当事業所およびサービス従事者は、本サービスの実施により事故が発生した場合は、市区町村、ご利用者の家族、ご利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 事故発生時の連絡先は、事業所への通報は、上記1.(2)指定通所介護事業所の概要の連絡先にご連絡ください。

(3) 当事業所は、本サービスの実施により当事業所の責めに帰すべき事由により事故が発生した場合には、その損害を賠償します。

13. 業務継続計画の策定等について

(1) 当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対する本サービス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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

(2) 当事業所は、サービス従事者に対し、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実施します。

- (3) 当事業所は、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。

14. 衛生管理等について

当事業所は、当事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 当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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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、サービス従事者に周知徹底を図る。
- (2) 当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する。
- (3) 当事業所において、サービス従事者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

15. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

当事業所では、第三者評価実施の実績はありません。

16. 緊急連絡先

当事業所およびサービス従事者は、本サービス提供中に、ご利用者に病状の急変等緊急事態が発生した場合、直ちに主治の医師およびご利用者の家族等に連絡を行い、必要な措置を講じます。

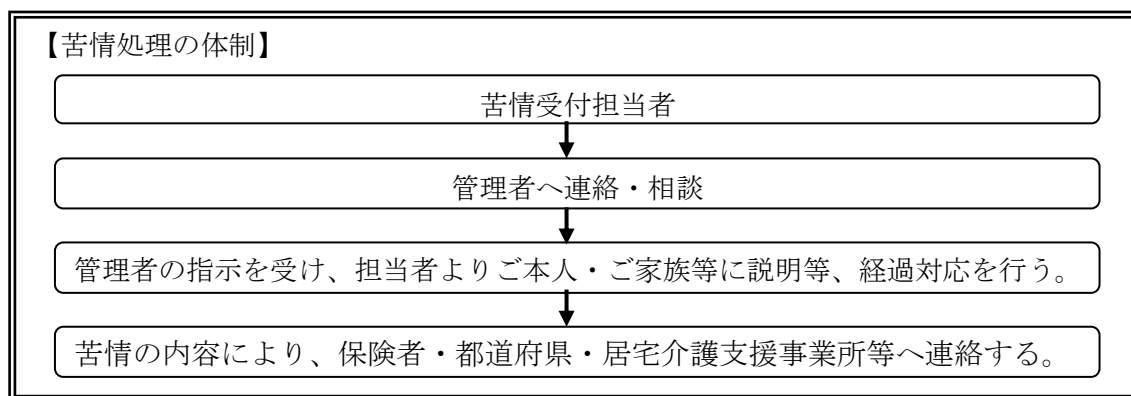
ご利用者の家族等	氏名		電話	
医療機関・主治医	氏名		電話	

17. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。
避難訓練および防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。
消防計画など	消防署への届出日：2018年9月10日
防火管理者	河合 真希

18. サービスに関する相談・苦情受付窓口

- (1) 事業所お問い合わせ先 管理者 河合 真希 電話番号0565-37-1510
- (2) 当社「お客様相談室」 フリーダイヤル 0120-875-910



（３）市区町村にも相談・苦情受付窓口等があります。

市区町村受付窓口	愛知県豊田市役所 福祉部 介護保険課
電話番号	０５６５－３４－６６３４ （ＦＡＸ ０５６５－３４－６０３４）

（４）国民健康保険団体連合会お問合せ先

国民健康保険団体連合会窓口	愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 苦情調査係
電話番号	０５２－９７１－４１６５ （ＦＡＸ番号 ０５２－９６２－８８７０）

第1条 (総 則)

この計画は、消防法第8条第1項にもとづき、豊田市全体の消防計画にそって、アビリティーズ豊田における防火管理業務について必要な事項を定め、他のテナントとの協力体制のもとに、火災、震災等による災害の予防、被害の軽減、人名の安全確保等を図ることを目的とする。

第2条 (防火管理者等の責務と権限)

- 1、従業員、顧客等出入りする者に対する防火管理上の指示、命令。
- 2、火気使用設備器具等の適正管理およびその他の火気取り扱いの管理監督。
- 3、建物等の自主点検および消防用設備等の点検実施または立会い。
- 4、消防署に対する各種報告および訓練教育等指導の要請。
- 5、その他防火管理上必要な業務。

第3条 (従業員等の遵守事項) 日常火災予防

- 1、火気使用設備器具は、使用前後に必ず検査点検し安全を確認する。
- 2、喫煙は、灰皿のある場所で行い、火の始末を完全に行う。
- 3、消防用設備等の平素における機能維持を行う。
- 4、廊下、階段、防火戸周囲等に避難の妨げになる物品を放置しない。
- 5、事務所内で、火、石油ストーブ等の火気を試用しない。

第4条 (地震対策)

- 1、室内の什器、調度品等の転倒、落下防止措置。
- 2、火気使用設備器具周囲の安全確認及び耐震自動消火装置の点検。
- 3、地震時の出火防止措置及び顧客等に対する安全確保措置。
- 4、広域避難場所は元城小学校。

第5条 (警戒宣言発令時等の対策)

- 1、営業は原則として中止する。但し、やむを得ず営業を継続する場合は、残留人員等を防火管理者へ報告する。
- 2、顧客等に対し、判定会招集情報や警戒宣言発令内容を混乱防止を主眼に伝達し、必要に応じ退館の誘導案内等を行う。
- 3、従業員党派防火管理者等の指示により次の措置を行う。
 - (1) TV, ラジオからの情報収集
 - (2) 火気使用設備器具の使用中止
 - (3) 室内の物件等転倒落下防止の緊急措置。

第6条 (自主検査および消防用設備の点検)

	建築物 (防火戸、防火シャッター)	火気使用及び電気設備器具 (分電盤、コンセント、湯沸器)
実施日	3月 9月	3月 9月
検査担当者	防火管理者	防火管理者

区分 点検種別	消火設備 (消火器等)	誘導灯	警報設備 (自火報、非常ベル)
外観 機能	毎月 3月 9月	毎月 3月 9月	毎月 3月 9月

総合			9月
点検者			防火管理者

点検、検査の結果は記録し保管するとともに、消防用設備等の点検結果は3年に1回豊田市消防所長に所定の様式により報告する。

第7条 (自衛消防組織)

災害発生時の任務分担を次のように定める。()内は警戒宣言発令時とする。

自衛消防隊長 長束 好美 119通報の確認、非難誘導及び消火活動の指揮,並びに避難人員の確認

(警戒宣言発令の伝達確認、応急措置の指示及び確認、本社警戒本部との連絡)

通報連絡担当 加納 直美 消防機関(119)へ通報するとともに本社管理本部に通報する。

(顧客、従業員への地震予知情報警戒宣言発令に関する広報)

消火担当 河合 真希 消火器等を使って初期消火活動を行う。

(応急処置担当) (地震発生時の被害防止及び軽減又は、各種予防対策を行う。)

避難誘導担当 藤本 佳美 顧客を安全に建物外に誘導する。

(退避誘導担当) 逃げ遅れ客、従業員の確認

(顧客に対し、パニック防止を主眼に退避誘導にあたる。)

第8条 （出火防止対策）

- 1、死角（廊下、階段、トイレ等）となりやすい場所の巡回警備を期間を決めて行う。
- 2、従業員等に対し放火防止に対する心構えを具体的に検討しておく。
- 3、共有部分（廊下、階段等）に可燃物を出さないようにすると共に各管理権限者は共有部分などの責任体制を明確にしておく。
- 4、塵等を出す場合は、所定の場所へ出すこと。

第9条 （訓練及び教育）

- 1、部分訓練（消火、119通報、避難）年2回行う。
- 2、総合訓練は従業員全員が積極的に参加する。
- 3、防火管理者は、新入社員、従業員に対し消防計画の内容や自衛消防活動を教育する。

第10条 （共同防火管理協議会に対する協力）

- 1、共同防火管理協議会の招集があった場合は、管理権限者が出席する。
- 2、協議会で決定した事項、その他統括防火管理者等から共同防火管理について必要な指示があった場合は、これに従って業務を行う。

第11条（附 則）

本計画は、2012年12月12日から施行する。

本計画は、2017年9月1日から施行する。

本計画は、2018年9月10日から施行する。

本計画は、2019年1月11日から施行する。

本計画は、2023年6月1日から施行する。

添付書類

- ・ 平面図
- ・ 広域避難場所までの避難経路図

【当事業所記入欄】

本サービス実施にあたり、ご利用者またはその家族に対して、本書面にもとづいて重要な事項をならびに個人情報の取り扱いに関し、ご利用者又はその家族に本書面ならびに個人情報の取得・保有・利用・提供に関する同意条項を交付し説明を行いました。

(事業所名) 生活リハビリデイセンター アビリティーズ豊田

(所在地) 愛知県豊田市元城町1-52 NTT 豊田ビル1階

年 月 日

説明担当者 氏名 _____ 印

【ご利用者記入欄】

私は本書面により、指定通所介護事業所生活リハビリデイセンター アビリティーズ豊田から本サービスについての重要事項ならびに個人情報の取り扱いに関し、生活リハビリデイセンター アビリティーズ豊田より本書面ならびに個人情報の取得・保有・利用・提供に関する同意条項を受領し説明を受け同意しました。

(ご利用者)

住所

氏名 _____ 印

年 月 日

(ご利用者の家族)

住所

氏名 _____ 印

(続柄: _____)

(代理人)

住所

氏名 _____ 印

※ ご利用者、ご利用者の家族が、成年後見人制度等を利用する場合は、代理人欄にご記入下さい。