

短期集中運動指導事業（通所型・訪問型サービス C）

【重要事項説明書】

ご利用者様に対する「短期集中運動指導事業」の提供に当たり、当事業所がご利用者様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

目 次		
1. 事業者	・・・・・・・・・・・・・・・・	1 ページ
2. 事業所の概要	・・・・・・・・・・・・・・・・	1 ページ
3. 職員の配置状況と業務内容	・・・・・・・・・・・・・・・・	2 ページ
4. サービス内容	・・・・・・・・・・・・・・・・	2 ページ
5. サービス利用料金とお支払の方法	・・・・・・・・・・・・・・・・	3 ページ
6. 苦情の受付について	・・・・・・・・・・・・・・・・	4 ページ
7. 協力・連携医療機関	・・・・・・・・・・・・・・・・	4 ページ
8. 緊急時の対応	・・・・・・・・・・・・・・・・	4 ページ
9. 事故発生時の対応方法について	・・・・・・・・・・・・・・・・	5 ページ
10. 身体拘束について	・・・・・・・・・・・・・・・・	5 ページ
11. 虐待の防止について	・・・・・・・・・・・・・・・・	5 ページ
12. サービス利用に当たっての留意事項	・・・・・・・・・・・・・・・・	5 ページ

1. 事業者

事 業 者 名 称	社会福祉法人ひだまり
主たる事業所の所在地	滋賀県米原市本郷 6 0 3 - 1
代 表 者 名	理事長 永田 かおり
事業者設立年月日	平成 2 7 年 6 月 3 日
電 話 番 号	0 7 4 9 - 5 5 - 3 1 3 1
F A X 番 号	0 7 4 9 - 5 5 - 8 6 8 6

2. 事業所の概要

(1)事業所の所在地など

事 業 所 の 名 称	和ひだまり
事 業 所 の 所 在 地	滋賀県米原市米原 9 9 3 番地
指 定 事 業 者 番 号	2 5 A 0 0 0 3 3
サ ー ビ ス の 種 類	短期集中運動指導事業
管 理 者 氏 名	三吉 規人
電 話 番 号	0 8 0 - 9 9 2 9 - 7 2 4 5 (管理者携帯)
F A X 番 号	0 7 4 9 - 5 4 - 1 1 8 8

(2)事業の目的、運営方針

事 業 の 目 的	・和ひだまりは、利用者に対して、その心身の状況、置かれている生活環境等に応じて、3 か月又は 6 か月までの短期間に医療福祉の専門職による訪問型・通所型サービスを集中的に提供することによって、ご利用者の介護予防及び日常生活支援に資することを目的とします。
運 営 方 針	・医師の指示及び事業計画に基づいたサービス提供に当たり、ご利用者の心身機能向上を図り、日常生活の自立に向けた支援を行います。 ・丁寧なサービス提供に努め、ご利用者又はその家族に対してリハビリテーションの観点から必要とされる事項を理解しやすいように、指導又は説明を行います。 ・ご利用者に対して、その心身の状況、置かれている生活環境に応じたサービスの提供を行うとともに、セルフケアに向けた意欲向上を図り、地域の中でのその人らしい暮らしの維持

	に努めます。 ・サービス実施に当たっては、米原市、米原市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の居宅サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービス提供機関と密接な連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。
利 用 定 員	15 名
サービス提供地域	米原市
営 業 日	火曜日、木曜日、金曜日 (8 月 14 日～16 日、12 月 30 日～1 月 4 日は除く)
営 業 時 間	9 時 30 分から 13 時まで (送迎時間を含む)
サービス提供時間	10 時から 12 時 30 分まで
設 備 等	機能訓練室、相談室、送迎用車両、訪問用車両

3. 職員の配置状況と業務内容

当事業所では、ご利用者に対して短期集中運動指導事業（通所型・訪問型サービス C）を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

従業者	常勤	非常勤	計	業務の内容
管理者	1 人		1 人	職員の管理・業務の管理 通所・訪問での運動指導、生活指導
理学療法士		1 人	1 人	通所・訪問での運動指導・生活指導
作業療法士		1 人	1 人	通所・訪問での運動指導・生活指導
介護職員	人	1 人	1 人	通所での運動指導、生活指導

4. サービスの内容

当事業所では、下記のサービスを提供いたします。

サービス計画書の作成及び事後評価	従業員がご利用者の生活上の課題などを評価し、ご利用者の希望も踏まえた上でサービス計画書を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況を評価し、その結果を書面に記載してご利用者に説明の上、交付します。
機能訓練	理学療法士、作業療法士により利用者の状態に適した機能訓練を行い、身体機能の維持、向上に努めます。
自主訓練の提案や指導	ご利用者の状態に応じた個別の自主訓練の提案を行い、自己にて継続して行えるように支援（指導）します。
健康チェック	血圧測定など、利用者の全身状態の把握を行います。

相談及び援助	ご利用者及び家族からの相談に応じます。
--------	---------------------

5. サービス利用料金とお支払の方法

<サービスの利用料>

運動指導プログラム	負担割合	自己負担金
利用料 5,000 円/週	1 割	500 円/週
	2 割	1,000 円/週
	3 割	1,500 円/週

* 栄養・口腔プログラムは運動指導プログラムに、必要に応じてサービス提供時間内に併用するプログラムであり、栄養・口腔プログラムの単独による提供はできません。

<サービス概要>

	通所	訪問
利 用 回 数	週 2 回まで	
サービス提供時間	1 時間半～2 時間/回	40～60 分/回

利用料金の変更	・事業所は介護保険法、その他の関係法令等の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、新たな料金に基づき利用料を変更することがあります。 ・事業者はサービス提供における料金の変更を行った場合は、新しい料金体系についてご利用者様に説明するとともに、別紙にて変更内容を記した書面を交付します。
---------	--

<お支払の方法>

サービス利用料（利用者負担金）は、1 か月ごとに計算した料金を請求しますので、次のいずれかの方法により翌月 20 日までにお支払いください（口座引き落としの場合は自動的に引かれますので、残高の確認をお願いします）。

①自動口座引落（毎月 20 日、金融機関が休日の場合はその翌営業日）

【口座引落の場合の金融機関】

ゆうちょ銀行を除く金融機関をお願いします。「預金口座振替依頼書」にご記入・捺印いただきます。

②銀行振込

【銀行振込の場合の金融機関】

滋賀銀行／米原支店の指定の口座をお願いします。

③当該事業所での現金支払

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専用窓口で受け付けます。

和ひだまり	担当者：三吉 規人 月曜日～土曜日 8:30～17:30 TEL：080-9929-7245（管理者携帯） FAX：0749-54-1188
-------	---

(2) 行政機関における苦情窓口

米原市役所 くらし支援部高齢福祉課	米原市米原 1016 TEL：0749-53-5122 FAX：0749-53-5119
----------------------	--

7. 協力・連携医療機関

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

〈協力・連携医療機関〉

協力病院	地域包括ケアセンターいぶき	米原市春照 58-1 TEL：0749-58-1222
協力歯科医院	瀧上歯科医院	米原市小田 1048 TEL：0749-55-4182
連携病院	市立長浜病院	長浜市大戌亥町 313 TEL：0749-68-2300

8. 緊急時の対応

当事業所では、ご利用者がサービス提供期間中に体調不良等、心身の異常を来した場合、及び事故・災害等の不測の事態により緊急対応の必要が生じた場合は、ご家族、主治医、病院及び関係機関等へ速やかに連絡をとるとともに必要な措置を講じます。

また、ご利用者及び家族は、上記の事態に備え、あらかじめ事業者に対し緊急時の連絡先を伝えるものとします。

緊急連絡先は下記の連絡先一覧のとおりとします。

9. 事故発生時の対応方法について

ご利用者に対する短期集中運動指導事業の提供により事故が発生した場合は、米原市、ご利用者の家族、主治医、病院及び関係機関等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、短期集中運動指導事業の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、次の損害賠償保険に加入しています。

保険名	社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害保険」
保険会社	社会福祉法人全国社会福祉協議会補償制度 (引受保険会社：損害保険ジャパン株式会社)
保障の概要	事業者が業務遂行中若しくは遂行の結果、又は施設の所有、使用若しくは管理に起因する対人・対物事故について負担する賠償問題が発生した場合としての補償

10. 身体拘束について

- (1) 当事業所では、ご利用者又は他のご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いて、ご利用者に対して隔離、身体拘束、薬剤投薬、その他の方法によりご利用者の行動は制限しません。
- (2) 緊急やむを得ず身体拘束などを行う場合には、その内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をご利用者や家族等にできる限り詳しく説明いたします。

11. 虐待の防止について

当事業所では、ご利用者様の人権の擁護・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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者 管理者 三吉 規人
- (2) 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (3) サービス提供中に、当事業所職員又は養護者（ご利用者様の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、速やかに、これを米原市に通報します。

12. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用日前日から当日にかけての体調確認をお願いします。
- (2) 利用日当日の体調がすぐれない場合は、無理なご利用はお控えください。
- (3) スタッフが血圧や身体の異常を発見した場合、速やかにかかりつけ医の診療所又は病院に受診してください。
- (4) 事業所内の設備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。
- (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) サービス利用中における飲酒、喫煙は禁止します。
- (8) 故意に他のご利用者への迷惑・危険行為をした場合は、事業者は責任を負いかねます。
- (9) 宗教活動及び政治活動はお控えください。
- (10) 事業者は、事業者の従業者、実習生、ボランティア（以下「従業者等」という）が、利用者又は利用者に関係する者により次のハラスメント行為を受けた場合、当該利用者に関するサービスを直ちに中止し、契約を解約することがあります。

①身体的ハラスメント：身体的な力を使って危害を及ぼす行為（従業者等が回避したため危害を免れたケースを含む）

【例】 ・包丁（刃物）を向ける

- ・首を絞める
- ・たたく、殴る、蹴る、噛みつく
- ・ひっかく、つねる
- ・服を引きちぎる
- ・手を払いのける
- ・唾を吐く
- ・物を投げつける

②精神的ハラスメント：個人の尊厳や人格を言葉によって傷つけたり、おとしめたり、敬意の欠如を示す行為

【例】 ・無視し続け、サービス提供ができない

- ・奇声、大声を発する
- ・怒鳴る、威圧的な態度で文句を言い続ける
- ・従業者等にいやがらせをする
- ・気に入っている従業者等以外のサービスを拒否する
- ・刃物を胸元からちらつかせる
- ・謝罪して正座、土下座等するよう強く求める
- ・業務終了後も要望を次々と出される
- ・契約業務以上のサービスを強要する
- ・家族が利用者の発言をうのみにし、理不尽な要求をする
- ・掃除等の際に自宅の備品を破損させたと決めつけ賠償を迫る
- ・「盗人」と言い続ける
- ・「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する
- ・「たくさん保険料を支払っている」とサービス基準以上を強要し、断ると苦情を言う
- ・利用料金を数か月滞納し、「請求しなかった事業所にも責任がある」と支払を拒否する

③セクシュアルハラスメント：意に添わない性的誘いかけや行為者に対する好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

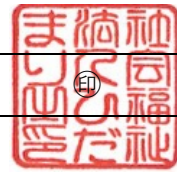
- 【例】
- ・必要もなく手や腕を触る
 - ・抱きつく
 - ・ヌード写真を見せる
 - ・あからさまに性的な話をする
 - ・卑わいな言動を繰り返す
 - ・従業者等の衣服等に手を入れる

④その他、社会通念に照らして著しく不当である行為

- 【例】
- ・要求内容、又は要求態度が著しく不当なクレーム（要求）
 - ・故意に、事業所の建物、設備、備品などを汚損、破損させる
 - ・インターネット上に、誹謗・中傷を掲載する
 - ・従業者等に対し、つきまとい等（身体の安全、住居等の平穏、名誉、行動の自由を害し、あるいはそのような不安を覚えさせるような行為）を反復して行うこと（「ストーカー行為等の規制等に関する法律」により規制されている行為）
 - ・特定の従業者等に、個人的な相談を頻回又は長時間行う

令和 年 月 日 本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業 者	所在地	〒 521-0212 滋賀県米原市本郷 603 番地 1	
	名称	社会福祉法人ひだまり	
	代表者	永田 かおり	
事業 所	事業所名	和ひだまり	
	管理者	三吉 規人 (印)	
	説明者	(印)	
	電話番号	080-9929-7245 (管理者携帯)	



本書面に基づいて重要事項の説明を受けました。

利用 者	住所	郵便番号 (-)	
	氏名	(印)	
	電話番号	() -	

代 理 人	私は、本人に代わり上記署名を行いました。		
	本人との関係		署名を代行した理由
	住所	郵便番号 (-)	
	氏名	(印)	
	電話番号	() -	