

2024年4月1日現在

1. 事業所の概要

- 1) 事業所名 やわたメディカルセンター 健康スタジオ 加賀温泉駅前
- 2) 開設者 特定医療法人社団 勝木会（石川県小松市八幡イ12番地7）
- 3) 所在地 〒923-8551 石川県小松市八幡イ12番地7
- 4) 連絡先 電話番号 0761-47-7555 F A X 0761-47-8101
- 5) 介護保険事業者番号 1710310929
- 6) 営業日 月～金曜日（休業日 土・日曜日、12月30日～1月3日、8月15～16日）
- 7) 営業時間 午前の部 9時00分～11時30分
午後の部 13時30分～16時00分
- 8) 定員数 午前の部 40名
午後の部 40名
- 9) 職員体制 管理者 1名 管理者は、事業所の従業員の管理及びサービス利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を行います。
従事職員 1名以上 従事職員は、計画を基に、サービス全般にわたる必要な支援の提供に当たります。
- 10) 協力病院 やわたメディカルセンター

2. サービスの方針

- 1) ご利用者のリハビリテーションと、健康と元気の増進をめざします。
- 2) 科学的に効果のある運動・活動プログラムを提供し、疾病予防・介護予防をめざします。
- 3) 地域関係者との連携のもと、ご利用者の社会参加を支援します。

3. サービス提供までの流れ

- ① 生活状況の確認と判定 / ケアマネジャー等
- ② ケアプランの作成 / ケアマネジャー等
- ③ 通所サービスのお申し込みと契約
（利用料金のお支払い手続き）
- ④ 体力や健康状態の検査・測定
- ⑤ 介護予防支援計画の作成
- ⑥ サービスの提供

4. 利用日時

- ・利用日時は、ご利用者の希望を踏まえて調整・決定いたします。
- ・利用者定員や送迎スケジュールの都合などにより、ご希望に沿えない場合がありますので、ご了承ください。

5. 利用料金

- ・通所型サービスAの利用料金は、小松市が定める基準によるものとし、法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証の利用者負担の割合での自己負担とします。
- ・ご利用者は「やわた健康スタジオ小松市介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスA」の料金表（別紙）に定めたサービスに対する所定の利用料および、サービスを提供する上で別途必要に

なった費用をお支払いいただきます。

- ・被保険者の保険料滞納などにより、保険給付金が事業所に支払われない場合は、利用料金の全額のお支払いをお願いします（所定の手続きにより、後日払い戻しは可能です）。

〈 介護保険適応外の料金 〉

- ・小松市外の送迎

小松市を越えた地点から	片道おおむね 10 k m 未満	250 円 (275 円 税込)
	片道おおむね 10 k m 以上	500 円 (550 円 税込)

- ・レクリエーション代

必要に応じて、レクリエーション費用として実費がかかる場合があります。

〈 自由契約の料金 〉

- ・介護保険を利用せずに、サービスを利用される場合は、1 回あたり基本料金 2,500 円 (2,750 円税込) を徴収します。
- ・加賀市外の送迎料金等は「介護保険適応外の料金」に準じます。

〈 キャンセル料 〉

- ・ご利用者様の都合により、サービス利用予定日当日にキャンセルした場合には、当該サービス利用料の 1 割を頂く場合があります。(病変・急な入院などの特別な事情の時は頂きません。)

6. 利用料金のお支払い

- ・原則として、利用料金のお支払いは銀行口座からの自動引落でお願いします。
毎月 15 日までに、前月分の請求書をお渡しします。
口座引落は毎月 22 日となりますので、それまでに所定の金額を口座にご用意ください。
- ・現金でのお支払いを希望される場合は、職員にお申し出ください。
毎月 25 日までに受付窓口もしくはやわたメディカルセンター会計にてお支払いください。

7. 提供サービスに関する記録簿

- ・提供サービスに関する記録簿は、完成後 5 年間、保管します。
- ・記録簿の開示は、所定の手続きにより可能です（書類準備のために有料となる場合があります）。

8. 事故発生時および緊急時の対応

- 1) 通所リハビリテーション実施中に事故や病状の急変等の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医やご家族に連絡します。
- 2) ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生し、損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除き速やかに契約者に対して損害を賠償します。ただし、契約者に重大な過失がある場合には、賠償額を減額することが出来ます。
- 3) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。
- 4) 必要に応じて市町村に連絡します。
- 5) 災害等で当事業所の運営が困難な場合は、対応しかねる事があります。

9. 非常時災害対策について

- ・事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等訓練を行います。

10. 業務継続に向けた取組みについて

- 1) 感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的で開催するなどの措置を講じます。
- 2) 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。

1 1. 衛生管理について

- 1) 従事者等の清潔の保持及び健康状態の管理や、本事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。
- 2) 感染症の予防及びまん延を防止するため、次の措置をいたします。
 - ① 感染症の予防及びまん延防止のための従業者に対する研修及び訓練を実施します。
 - ② その他感染症の予防及びまん延防止のために必要な措置を行います。

1 2. 虐待の防止について

- 1) 事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、次の措置をいたします。
 - ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、従事者等に周知徹底を図ります。
 - ② 虐待を防止するための従業者に対する研修を実施します。
 - ③ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制の整備を行います。
- 2) 事業所はサービス提供中に、虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に報告いたします。(虐待防止に関する担当窓口：酒井 有紀)

1 3. 秘密保持と個人情報保護について

個人情報に関する法令及び内部規定に基づいて、サービスを提供する上で知り得たご利用者およびご家族の秘密を守り、適切な取り扱いに努めます。事業者が得た利用者の個人情報については、事業者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必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得ることとします。

1 4. プライバシーの保護

ご利用者の尊厳を最大限に尊重し、プライバシーの保護に努めます。

1 5. サービス終了について

ご利用者の都合によりサービスを終了する場合は、7日間以上の予告をもって、いつでもこの契約を解除することができます。当事業所の人員不足のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、その1ヶ月前までに文章で通知するとともに、地域の他の事業所を紹介するなどの措置をいたします。

次の場合には自動終了となります。

- ① ご利用者が介護保険施設などに入所した場合
- ② 介護認定において「非該当」と認定された場合
- ③ ご利用者が亡くなられた場合

1 6. 損害賠償について

事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償します。ただし、損害の発生について、ご利用者に故意または過失が認められた場合にはその限りではありません。

1 7. サービス内容についての説明と同意について

サービスの利用開始にあたり、当方が用意した規約と重要事項説明書をもって説明いたします。

18. サービスに関する相談・苦情

- ・当事業所のサービス等に関する相談・苦情については、下記の窓口で承ります。
- ・苦情等により、ご利用者に不利益になることはございませんので、ご安心ください。

〈担当窓口〉 やわたメディカルセンター 在宅サービス部 酒井 有紀

電話 0761-47-7555 FAX 0761-47-8101

受付時間 毎週月～金曜日 9時00分～17時00分

※不在の場合、電話を受けた者に連絡先をお伝えください。折り返し連絡いたします。

〈他の相談先〉 当法人の第三者委員 地域の民生委員の方 2名以上

小松市 長寿介護課 0761-24-8148

国民健康保険団体連合会 076 - 231-1110

19. 第三者評価の実施状況

実施なし

20. 説明と同意について

- ・サービス内容及び重要事項は、当事業所が用意した重要事項説明書をもって説明いたします。
- ・説明内容をご理解、納得された場合は、以下のご署名欄に必要事項のご記入をお願いします。

ご署名欄

- 通所型サービスAの提供にあたり、ご利用者にサービス内容及び重要事項を説明しました。

_____年 _____月 _____日

■ 事業者： 特定医療法人社団 勝木会 理事長 勝木保夫

■ 事業所： やわたメディカルセンター やわた健康スタジオ
〒923 - 8551 石川県小松市八幡イ 12-7 電話 0761-47 - 7555

説明者： _____

- 私はサービス内容及び重要事項について、文書に基づいて事業者から説明を受けました。

_____年 _____月 _____日

■ ご住所： _____

利用者名： _____

(代理者名： _____ 続柄 _____)

*選任した場合