

株式会社 ハートケアサービス

リハビリ特化型デイサービス あゆみ

## 共生型生活介護 重要事項説明書

利用者 様

# リハビリ特化型デイサービスあゆみ 共生型生活介護 重要事項

当事業所は、利用者に対して生活介護サービスを提供するにあたり、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

なお、当サービスの利用は、原則として障害福祉サービス受給者証を交付された、「支給決定障害者」の方が対象となります。

## 1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社 ハートケアサービス
- (2) 法人所在地 青森市中央1丁目27番地5号
- (3) 電話番号 017-735-1500  
FAX番号 017-735-1501
- (4) 代表者氏名 代表取締役 前澤 久美子
- (5) 設立年月日 平成18年7月4日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所  
指定事業所番号 (0210102737)
- (2) 事業所の名称 リハビリ特化型デイサービス あゆみ
- (3) 事業所の所在地 青森市本町3丁目4番11号
- (4) 電話番号 017-776-0022  
FAX番号 017-776-0024
- (4) 事業管理者 管理者 多門 幸紀
- (5) サービス提供地域 青森市
- (6) 開設年月日 平成25年10月11日
- (7) 利用定員 15名
- (8) 敷地・建物面積 はままち団地1階/建物面積 160.99 m<sup>2</sup>
- (9) 共有スペース・設備 機能訓練室、静養室、相談室、洗面所  
障害者用トイレ、送迎車
- (10) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日（土曜日は午前のみ）・祝日
休業日	土曜日午後・日曜日・12月31日～1月3日
営業時間	月～金 8時30分～17時30分 土曜日 8時30分～13時00分
サービス提供時間	① 月～土 9時00分～12時15分 ② 月～金 13時30分～16時45分

### 3. 当事業所の職員体制

当事業所は、以下の職員を配置します。職員の配置については指定基準を遵守しています。

令和6年4月1日現在

職名	資格	常勤	非常勤	合計	職務内容
管理者	柔道整復師	1名		1名	介護従業者及び業務の管理、機能訓練指導員と兼務
生活相談員	初任者研修	1名		2名	相談助言や通所介護計画の作成等 1名は介護職員と兼務
	訪問介護員2級養成研修過程終了		1名		
機能訓練指導員	柔道整復師	1名		2名	通所介護計画の作成 運動器機能向上の指導や助言等 1名は管理者と兼務、1名は看護職員と兼務
	看護師		1名		
看護職員	看護師	1名	1名	2名	利用者の看護・健康チェック業務 1名は機能訓練指導員と兼務
介護職員	訪問介護員2級養成研修過程終了		1名	2名	利用者の日常生活のお世話 アクティビティ業務等 1名は生活相談員と兼務
	無資格	1名			

### 4. 当事業所の通所介護の特徴等

#### (1) 事業所の運営方針

- 一 当該利用者の心身の特性を踏まえて、利用者が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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。
- 二 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス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) サービス内容

送迎サービス	健康チェック	静養
日常生活の援助	運動器機能向上	個別機能訓練
集団体操	学習療法	マッサージ
生活相談		

## 5. ①利用料金表

料金の種類	障がい支援区分	金額
共生型生活介護サービス費	区分2以下	236単位/日
	区分3	262単位/日
	区分4	293単位/日
	区分5	427単位/日
	区分6	575単位/日
常勤看護職員等配置加算 (I)		28単位/日
送迎加算(II)		(II)片道につき10円/回
福祉・介護職員等処遇改善加算(III)		基本単位及び加算の総額× 6.7%

※送迎加算(II)について送迎回数により変動します。

## ②その他の費用

料金の種類	金額
おむつ代 ※基本的に利用者用意ですが、必要時に提供します。	おむつタイプ 120円/枚 リハビリパンツタイプ 150円/枚 尿取りパッド 30円/枚

## 6. お支払いの方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたします。お支払いは、原則、金融機関口座から自動引き落としとさせていただきますので、所定の用紙でお申し込み下さい。銀行の場合は原則として毎月20日となります。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。また、引き落としが間に合わない場合、申し込みの手続きが間に合わない場合は、現金または下記の口座へお振込もご利用いただけます。

お振込先	青森銀行 本店 普通預金 1691365 株式会社ハートケアサービス 代表取締役 前澤 久美子
------	--

## 7. サービスの利用

- (1) サービスの利用開始には、当施設の書類(サービス利用申込書、診断書(自己負担)、契約書等)の手続きが必要です。市役所、当施設窓口へご相談ください。
- (2) 利用中止のご連絡は、当日の午前8時15分までにお申し出ください。8時15

分以降にお申し出された場合は、キャンセル料として上記5の①より、欠勤時対応加算にて料金をお支払いいただく場合があります。また、当日、利用中止の申し出がなく、送迎時ご不在の場合もキャンセル料をお支払いいただきます。

ただし、体調不良等の正当な理由がある場合は、この限りではありません。

## 8. サービスの終了

### (1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

### (2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等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がございますが、その場合は、終了1か月前までに文書で通知します。

### (3) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ① 利用者が要介護認定を申請し、要介護・要支援状態と認定された場合。この場合、介護保険給付でサービスを受けることができますので、条件を変更して再度契約することができます。
- ② 利用者が体調不良等による入院をし、通所の見込みがないと判断した場合。
- ③ 利用者が亡くなられた場合。
- ④ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。
- ⑤ 利用者が、サービス利用料の支払いを2ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合。
- ⑥ 利用者やご家族などが当事業所や当事業のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます。

## 9. 苦情に関する受付

- ① 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。

苦情相談窓口 担当者 管理者 多門 幸紀、及び生活相談員

電 話 017-776-0022

F A X 017-776-0024

受付日 月曜日～土曜日、祝日（日曜日、12月31日～1月3日を除く）

受付時間 月～土 8時30分～17時30分まで（土は13時まで）

- ② 当施設以外に、お住まいの市町村または国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口  
に苦情を伝えることができます。

青森市役所 介護保険課 代表017-734-1111

青森県国民健康保険団体連合会 代表017-723-1336

青森県運営適正化委員会 017-731-3039

- ③ 苦情の申し出があった場合は苦情処理担当者が迅速な調査を行い、苦情として取り扱うものか、あるいは相談や問い合わせとして返答できるものかを相談内容に関わる職員間で協議し、相談や問い合わせであれば速やかに対応します。苦情として取り扱うべきものと判断された場合は、苦情処理責任者（管理者）に報告し検討した上で、説明、謝罪、改善等を行います。それでも解決しない場合は苦情処理委員会を開催し利用者等と話し合い、再度説明、謝罪、改善等を行います。委員会を経ても解決できなかった場合は、市町村・国民健康保険団体連合会に報告し、その指示に従って解決いたします。

## 10. 守秘義務の遵守

当事業所の従事者、または従事者であった者は、業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。また、記録などの取り扱いには細心の注意を払い、情報の漏洩を防止します。

## 11. 身体の拘束

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、身体拘束等を行うことがあります。この場合は当施設の担当看護職員がその態様、経過、心身の状況及び緊急やむを得ない理由を診療録に記録するとともに利用者及び身元引受人等より書面にて同意をいただきます。

## 12. 個人情報の保護について

当施設職員が知り得た利用者及びご家族の個人情報を、正当な理由なく、漏らすことはいたしません。また以前職員であった者に関しても同様の措置を講じます。ただし利用者の医療上緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議等で必要がある場合は、あらかじめ文書で同意を得た上で、必要な範囲内において利用者や家族の個人情報を使用いたします。また詳細については別紙にてご説明申し上げます。

### 13. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体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、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

かかりつけ医	病 院 名	
	主 治 医	
	電 話 番 号	
ご家族または 身元引受人	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	

### 14. 事故発生時の対応

当事業所のサービス提供により事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じると共に、速やかに都道府県、市町村、利用者のご家族、地域包括支援センターに連絡致します。また事故の状況及び事故の際に採った処置について記録すると共に、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

### 15. 損害賠償

サービス提供に伴い当施設の責に帰すべき理由によって利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して、東京海上日動火災保険株式会社に則り、保証する範囲で賠償致します。

### 16. 非常災害対策

- (1) 当施設では、甲種防火管理講習課程修了者を当て、併用施設の職員と協力し、被害を最小限にとどめ、自衛消防の編成、任務を遂行し、利用者には怪我のないように努めます。
- (2) 当施設では、自動火災報知器、誘導灯及び誘導標識、消化器具等の防災設備を完備し、防災教育及び、基本訓練(消化・通報・避難)を年1回以上、利用者を含めた総合訓練を年1回以上実施します。

## 17. その他

サービス提供の際トラブルを避けるため、職員等に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただいております。

上記の説明及びサービスの提供開始の同意の証として、本書2通を作成し、利用者及び身元引受人、事業者が署名押印の上、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

私は、共生型生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所の名称 リハビリ特化型デイサービス あゆみ  
事業所の所在地 青森市本町3丁目4番地11号  
事業所の連絡先 017-776-0022

説明者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印