

重要事項説明書（指定生活介護）

1. サービスを提供する事業者

法人の名称	トライワンスベスト株式会社
代表者名	代表取締役 小林雅貴
事業所所在地	青森県弘前市大字大町一丁目3番地1
電話番号	0172-88-5762
FAX番号	0172-88-5763
設立年月日	平成30年（2018年）8月 8日

2. 利用施設

事業所の種類	指定生活介護事業所
事業所名	サクラス リハケアサービス
所在地	青森県弘前市大字大町一丁目3番地1
電話番号	0172-88-5764
FAX番号	0172-88-5763
開設年月日	令和 6年（2024年）9月 1日
事業所番号	0210202040
管理者	村元 麻美
利用定員	25名
サービス提供地域	弘前市・平川市・黒石市・藤崎町・田舎館村

3. 事業所の職員体制等

（令和6年9月1日 現在）

職 種	従事するサービスの内容等	常勤	非常勤	合計
管理者	当事業所の従業員の管理、業務の実施状況の把握および管理、その他の管理を一元的に行うとともに法令等において規定されている指定生活介護の実施に関し、事業所の従業員に対し遵守させる為の必要な指揮命令を行う。	1名	0名	1名
看護職員	医師の指導のもと、利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行う。	1名	2名	3名
生活支援員	利用者に対する食事や排せつ、入浴等の日常生活上必要な見守りや手伝い全般。移動や乗り移り時付き添い。心身機能の維持向上を目的とした機能訓練プログラムの補助や自主練習の見守りを行う。	5名	0名	5名
作業療法士	利用者が日常生活を営むために必要な、心身機能の減退を防止するための指導・訓練・助言ならびに介助者に対する介助方法の助言・指導を行う。	2名	2名	4名
管理栄養士	利用者の栄養状態の評価と栄養指導ならびに食事形態等への助言を行う。	0名	1名	1名
事務職員	障害福祉に係る事務や管理会計、帳票の作成および保管等の管理を行う。	2名	0名	2名

4. 営業日、営業時間及びサービス提供時間

- (1) 営業日は月曜日から土曜日までとします（祝祭日を含む）。
但し8月13日（夏季休業）及び、12月31日～1月3日（年末年始休業）は除く。
- (2) 営業時間は午前8時00分から午後5時00分までとします。
- (3) サービス提供時間は以下のとおりです。
 - ① 3時間以上4時間未満（午前の部） 午前 9時15分～正午12時15分
 - ② 7時間以上8時間未満 午前 9時15分～午後 4時15分

5. 事業の目的及び運営方針

- (1) 事業の目的
トライワズベスト株式会社(以下、弊社)が設置する指定障害福祉サービス事業所(事業所名：「サクラス リハケアサービス」以下、当事業所)において実施する指定障害福祉サービス事業の生活介護(以下「指定生活介護」)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営規定に関する事項を定め、指定生活介護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った適切な指定生活介護の提供を確保することを目的とします。
- (2) 事業の運営の方針
 - ① 当事業所は利用者が自立した日常生活および社会生活を営むことができるよう、入浴、排せつ及び食事等の介護、創作的活動、その他の便宜を適切かつ効果的に提供します。
 - ② 指定生活介護の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者、指定相談支援事業者、指定障害者支援施設その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者（以下「障害福祉サービス事業者等」という。）との密接な連携に努めるものとします。
 - ③ 前二項のほか、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」（平成17年法律第123号。以下「法」という。）、「青森県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行条例」（平成25年3月27日青森県条例第14号）に定める内容のほかその他関係法令等を遵守し、事業を実施するものとします。
 - ④ 当事業所は、正当な理由なくサービス提供を拒まない。
 - ⑤ 指定生活介護の提供に当たり、必要な相談および技術的な支援については、社会福祉法人千年会に協力を仰ぎ、助言ならびに支援方法・指導を受けることとします。

6. 利用料の請求方法および支払方法

- (1) 利用者からお支払いいただく利用料等は、別紙料金表のとおりです。
- (2) 介護給付費・訓練等給付費によるサービスを提供した際は、事業者が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の1割を上限）を事業者にお支払いいただきます。尚、利用者負担額の軽減等が適用される場合はこの限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認下さい。
- (3) 事業者は、保険給付対象外サービスの提供にあたっては、予め利用者又はその家族等に対し、当該サービスの内容及び費用について事前に説明を行い、同意を受

けるものとしします。

- (4) 利用料は、保険給付対象サービスの自己負担額に加えて、保険給付対象外の昼食費やおむつ代等の実費額を利用月ごとに合計金額を集計し、毎月10日までに利用明細書を添付し請求書として発行します。
- (5) 利用料金の支払い方法は、原則として利用者またはその家族等の指定金融機関からの口座振替による支払いとし、入金確認後に領収書を発行致します。ただし、やむを得ない事情により現金での支払いに限られる場合においてはこの限りではありません。尚、現金で支払いの場合は支払い時に領収書を発行致します。

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

当事業所に直接お申し出いただくか、相談支援事業所にご相談下さい。

(2) サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する7日前までにお申し出下さい。

②事業者の都合でサービスを終了する場合

- a) 人員不足、事業規模の縮小、事業所の休廃止等やむを得ない事情によりこの契約に基づく生活介護の提供が困難になった場合、サービスの提供を終了させていただきます場合があります。その場合は終了1カ月前までに文書で通知します。
- b) 利用者又はその家族の著しい不信行為等により、この契約の継続が困難となった場合には、文書通知することにより、サービスの提供を終了させていただきます場合があります。

③自動終了

- a) 次の場合には自動的にサービスを終了させていただきます。
 - ・要介護認定により介護保険サービスを利用することになった場合
 - ・利用者本人がお亡くなりになった場合

8. 利用の中止（キャンセル）

- (1) 利用者が直近のサービス利用の中止を希望する際には、速やかに以下の連絡先までご連絡ください。

連絡先：サクラス リハケアサービス（デイサービス）

電話：0172-88-5764

FAX：0172-88-5763

- (2) サービスのキャンセル料の徴収については以下のとおりです。

①利用当日のキャンセル（昼食ありの方）：昼食費相当額をご請求

②利用当日のキャンセル（昼食なしの方）：キャンセル料なし

③利用前日までのキャンセル（昼食ありの方）

午後5時までにご連絡の場合：キャンセル料なし

午後5時以降のご連絡の場合：昼食費相当額をご請求

④利用前日までのキャンセル（昼食なしの方）：キャンセル料なし

*尚、キャンセル料は原則として月のご利用料金と合わせて御請求となります。

9. 緊急時の対応

- (1) サービス提供中に事故、体調の急変、その他緊急事態が生じたときは、ご家族、

協力医療機関又は利用者の主治医（以下「協力医療機関等」という。）、救急機関、相談支援事業者等へ連絡をいたします。

かかりつけ 医療機関	病院名 主治医等の氏名 連絡先
緊急連絡先 (第一優先)	フリガナ 氏名 連絡先 続柄 () (携帯・自宅・職場等)
緊急連絡先 *上記の他に連絡が 必要な場合に記入	フリガナ 氏名 連絡先 続柄 () (携帯・自宅・職場等)

協力医療機関

医療機関の名称	津軽保健生活協同組合 健生クリニック
医師名	飯田寿徳
所在地	〒036-8104 青森県弘前市扇町2丁目2-12
電話番号	0172-55-7707
診療科	内科、精神科、泌尿器科、在宅療養科

- (2) 指定生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した時は速やかに損害を賠償する手続きを行います。

1 0. 当事業所ご利用にあたっての禁止事項

- (1) 喧嘩、口論、泥酔等、他人に迷惑をかける行為
- (2) 刃物や火器等の持参
- (3) 事業所内の秩序、風紀を乱し、または安全衛生を害する行為
- (4) 本人及び家族による従業員への贈答や特別な便宜の提供
- (5) 利用者間の金品の貸し借りや提供
- (6) 宗教活動や営利を目的とした勧誘行為
- (7) 従業員への暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷等のハラスメント行為
- (8) 性的な言動・行為等のハラスメント行為

1 1. 感染症の予防及びまん延防止のための取組

当事業所は、食中毒及び感染症の発生を防止するため以下の取組を実施し、必要に応じて保健所の助言、指導を求め常に密接な連携を保つよう努めます。

- (1) 感染症対策の委員会の開催
- (2) 感染症に係る指針の整備
- (3) 感染症に係る研修の実施
- (4) 感染症を想定した訓練の実施

1 2. 非常災害対策と業務継続計画の策定

- (1) 非常災害に関して以下の場合における具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるための研修ならびに訓練を年2回以上実施します。
 - ① 災害に係る場合
 - ② 感染症に係る場合
- (2) 事業所には防火管理者を1名置く。

1 3.相談窓口・苦情処理の対応

サービスに関する相談や苦情については、当事業所の苦情窓口をご利用ください。

お客様相談窓口	受付時間	午前9時00分～午後5時00分まで
	電話番号	0172-88-5764
	メールアドレス	rehacare@try-sakuras.com
	苦情受付担当者	大橋誠司、奈良亜也子
	苦情解決責任者	村元麻美（管理者）

(2) 苦情の受付と対応手順

- ①相談・苦情の受付は、原則として事業所の苦情受付担当者が対応する。
- ②寄せられた相談・苦情に対し、苦情受付担当者は速やかにその内容の確認や状況の把握に努め、管理者に報告する。
- ③事業所内で苦情解決責任者を中心に検討会議を開き、翌日までに具体的対応ならびに再発防止策（解決のための提案含む）を決め記録する。
- ④苦情受付担当者は状況に応じて、担当相談支援員に当日中までの出来事と対応等を報告する。
- ⑤苦情解決責任者は具体的対応を行い、その結果について記録する。
- ⑥相談・苦情事案が未解決の場合は相談支援事業者、市町村及び国民健康保険団体連合会に対し報告を行い、助言を受ける。
- ⑦相談・苦情を受け付けた場合は、その内容と対応経過を記録する。
- ⑧各関係機関に事案の結果と再発防止策ならびに今後の対応を報告し、一連の過程を全従業員で共有する。

1 4. 個人情報および秘密保持

利用者および家族の個人情報について、従業員は業務上知り得た情報を正当な理由なく第三者に漏洩することのないように取り扱うこととします。また、従業員が退職した後においても、同様の取り扱いが続くことは書面を以て誓約しています。

1 5. 虐待防止の取組と身体的拘束等の禁止

虐待防止の取組と身体的拘束等の禁止について以下のとおり定めます。

(1) 虐待防止の取組

- ①虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- ②成年後見制度の利用支援
- ③苦情解決体制の整備
- ④従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
- ⑤虐待防止のための対策を検討する虐待防止委員会の設置及び委員会での検討結果についての従業員への周知徹底

(2) 身体的拘束等の禁止について

- ①当事業所はやむを得ず身体拘束等を行う場合にはその態様及び、時間その際の利用者の心身の状況並びに緊急ややむを得ない理由その他の必要な事項を記録するものとします。
- ②当事業所は身体拘束の適正化を図るため次の措置を講ずるものとする
 - ア 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の設置及び委員会での検討結果についての従業者への周知徹底
 - イ 身体拘束等の適正化のための指針の整備
 - ウ 従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修の実施

【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明いたしました。

事業所 名称 サクラスリハケアサービス

説明者

サービス契約の締結にあたり、重要事項説明書の交付および説明を受け、上記の内容に同意します。

利用者 氏名

身元保証人 住所

氏名

本人との関係

電話

(自宅・職場・携帯)

署名代行者、立会人、または代理人の方は、以下の該当する立場にチェック☑を記入してください。

署名代行者

私は、上記利用者が重要事項説明書の内容を理解し、同意する意思があることを確認し、身体の障害、または高齢により筆記困難な本人に代わって上記署名を行いました。

立会人※1

私は、重要事項説明の場に立会い、上記利用者が重要事項説明書の内容を理解し同意したことを確認しました。

※1 利用者本人だけでは重要事項説明・同意に不安がある場合に使用

代理人※2

私は、上記利用者の〔成年後見人・保佐人・補助人・任意後見人〕として、利用者に代わって重要事項の説明を受け、上記の内容に同意します。

※2 代理権を証明する文書の添付が必要

住所

氏名

本人との関係