

ハートピア フィットネス

**地域密着型通所介護及び通所介護相当サービス
重要事項説明書**

1 事業者の概要

- ① 法人の名称 株式会社ハートピア
- ② 法人の所在地 静岡市駿河区手越325-7
- ③ 電話番号 054-257-6933
- ④ 代表者氏名 代表取締役 近藤 大貴

2 事業所の概要

- ① 事業所の名称 ハートピア フィットネス
- ② 事業所の所在地 静岡市駿河区みずほ1丁目7-2
- ③ 介護保険事業所番号
- ④ 指定年月日 令和7年6月1日 指定
- ⑤ 通常の実施範囲 静岡市(駿河区・葵区)
- ⑥ 第三者評価の実施 無し

3 事業所の職員の概要

職 種	員数及び勤務内容
管 理 者	1人(常勤、兼務)
看 護 職 員	1人以上
介 護 職 員	2人以上
生活相談員	1人以上
機能訓練指導員	1人以上

4 営業日および営業時間

- ① 営 業 日 毎週月・火・水・木・金曜日
- ② 定 休 日 土曜日・日曜日・年末年始(12/30~1/3)
- ③ 営 業 時 間 午前8時15分~午後17時15分
- ④ サービス提供時間 午前9時15分~12時20分
午後13時30分~16時35分

5 利用定員 月曜日から金曜日 1単位目10人 2単位目10人

6 運営方針

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事が出来るよう、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う。

7 サービス内容及び利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

介護報酬は、介護度によって所定単位が異なり、また、サービス内容によっても所定単位が異なります。サービスを利用した場合の料金は、基本料金に対して、負担割合証に記載された割合(1割、2割、3割)を支払います。また、生活保護受給者の方は公費負担となります。

サービス内容

- ① 機能訓練 機能訓練指導員により、利用者の身体状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
- ② 排泄 利用者の状況に応じて適切な排泄を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
- ③ 相談及び援助 利用者とその家族からの相談に応じます。

地域密着通所介護 利用料金(3時間以上4時間未満)

サービス利用料金	基本単位	1割負担分	2割負担分	3割負担分
要介護1	416単位	428円	855円	1282円
要介護2	478単位	491円	982円	1473円
要介護3	540単位	555円	1109円	1664円
要介護4	600単位	617円	1233円	1849円
要介護5	663単位	681円	1362円	2043円

加算項目	加算単位	1割負担分	2割負担分	3割負担分
個別機能訓練加算(Ⅰ)□	76単位(1日)	78円	156円	234円
ADL維持等加算(Ⅰ)	30単位(1月)	31円	62円	93円
科学的介護推進体制加算	40単位(1月)	41円	82円	123円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150単位最大2回/月	154円	308円	462円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数×9.0%			

通所介護相当サービス 利用料金(1ヶ月の利用料金)

項目	基本単位	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1 事業対象者	1798単位/月	1847円	3693円	5540円
要支援2	3621単位/月	3719円	7438円	11157円

加算項目	基本単位	1割負担	2割負担	3割負担
口腔機能向上加算Ⅰ	150単位/月	154円	308円	462円
科学的介護推進体制加算	40単位/月	41円	82円	123円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数×9.0%			

(2) 介護保険給付外サービス料金

食材料費(コーヒー・紅茶等の飲み物代) 200円/月

おむつ代 尿取りパッド1枚50円 リハビリパンツ1枚150円

創作材料代 実費

8 料金のお支払い方法

利用者が当事業所に支払う料金の支払い方法については、月ごとの精算とします。
サービス提供月の翌月20日までに利用料金の請求をしますので、同月末日までにお支払いください。

支払い方法は、①銀行振込又は、

②金融機関口座引落「預金口座振替依頼書」の契約をしていただきます。

引落日は毎月18日です。金融機関の都合により引落日が前後する事があります。

静岡銀行 新通支店 口座番号 0464324
株式会社ハートピア 代表 近藤 大貴

被保険者証に支払い方法の変更の記載があるときは、いったん費用の全額「介護保険よりの給付（9割、もしくは8割、7割）の料金と上記の利用料金を足した金額」をお支払頂きます。

この場合、サービス提供証明書を発行しますので後日、市町村窓口にて払い戻し「介護保険適応部分（9割、もしくは8割、7割）」を受けてください。

9 サービスの利用方法

居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している居宅介護支援事業所もしくは介護予防サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)に、まずはお相談ください。

当事業所に電話にてお申し込みください。担当職員が自宅に伺い、地域密着型通所介護もしくは通所介護相当サービスの内容について説明致します。契約締結後、地域密着型通所介護計画もしくは通所介護相当サービス計画を立て、実際にサービスの提供を開始します。

◆サービスの終了

○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14日前までに文書でお知らせください。

○事業所の都合でサービスを終了する場合

人員が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。その場合は、終了の14日前までに文書で通知いたします。

○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。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

○その他

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、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または、事業所が破産した場合は、利用者が、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することができます。

利用者がサービス料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合、または利用者やご家族などが事業所に対して本契約を継続し難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頂くことになります。

10 利用の中止・変更・追加

○利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合は、サービス実施日の前日までにご連絡ください。

○利用予定日の前日までに連絡がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料としての料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではありません。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

11 サービス内容に関する苦情相談窓口

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一不満や苦情がおありでしたら、遠慮なくお申し付けください。

下記電話番号、責任者宛にご連絡をお願いいたします。

- | | | |
|------------------|-----------------|------------------|
| ① 当事業所お客様相談窓口 | 苦情処理担当者 | 川崎 美有紀 |
| | TEL054-257-6933 | FAX 054-256-5221 |
| ② 静岡市役所 介護保険課 | TEL054-221-1088 | |
| ③ 静岡県国民健康保険団体連合会 | TEL054-253-5590 | |

12 非常災害時の対応

- | | |
|----------|----------------------|
| ① 災害時の対応 | 別途定める消防計画により対応を行います。 |
| ② 避難訓練 | 年2回避難訓練を実施します。 |

13 緊急時の対応

- (1) 事故発生時、緊急連絡カードに基づき家族・主治医・地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)と連絡をとります。
- (2) 利用者の病状に急変が生じた場合、主治医に連絡をとり必要な対応を講じます。

14 送迎に関する事項

- ① 原則として、玄関の中までのお迎え、玄関の中までのお送りをいたします。
但し、身体的・環境的等の諸事情がある場合はご本人・ご家族様と話し合いを行い、当事業所で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。その場合には、下記内容とする。

- ② 季節により暑かったり寒かったりと身体に及ぼす影響は、様々ですので自宅の中でお待ちください。
- ③ スムーズで安全な送迎を行うために、お迎えの時間を書面又は、電話にて連絡致します。
交通事情等で10分以上到着時間が遅れる場合は、事業所より電話連絡致します。
10分以内の遅れは、ご容赦ください。
- ④ 送迎職員到着後、体調不良又は準備等が出来ていない場合は、下記により長時間待つことは出来ませんのでご理解の程よろしくお願い致します。
- ⑤ 上記に定められていない事項が生じた場合には誠意を持って協議の上、解決に努めるものとします。

15 提供サービスキャンセルに関する事項

利用者様の都合により、キャンセルされる場合は、必ず事前にご連絡をお願いします。

リスクマネジメント(危機管理)

【危機管理】

運動時には様々な危険が発生します。ここでは、特に身体反応の面から見たリスク管理について各種の基準を掲載しておきます(表1～5)

【各種基準】

表1 運動中止の症状(紅露による)

- ① 年齢別最大心拍数(220-年齢)の85%に心拍数が達した時
- ② 心電図上、心筋虚血所見が有意に現れた時(STI型0.1mv、J型0.2mv以上の変動、陽性T波の陰性化)
- ③ 多発性、多源性期外収縮、及び伝導障害など悪性不正拍の出現
- ④ 狭心症状、息切れ、めまい、倦怠感などの自覚症状発現
- ⑤ 歩行能力の限界
- ⑥ 血圧が250/130を越した時
- ⑦ 血圧が下がったり徐拍をきたした時

表2 自覚症状による心不全の評点と訓練可否判定(土肥)

自覚症状	点数
① 食欲不振、吐気、嘔吐	0.5
② 運動時動悸	0.5
③ 不明の体重増加	0.5
④ 夜間多尿	0.5
⑤ 疲労	1
⑥ 尿量減少	1
⑦ 浮腫	1
⑧ 運動時呼吸困難	1
⑨ 発作性夜間呼吸困難	2
⑩ 起坐呼吸(仰臥位呼吸困難)	4

以上の各症状の合計を点数として表す。

5点以上…心不全(+) …… 訓練中止
4～3点…心不全の疑い …… 訓練制限
2～1点…心不全(-) …… 訓練継続

表3 心臓疾患合併の身体障害者の訓練可否基準(ANDERSONに1部追加)

- A・次の症状を示す者に訓練をしない(看護師・医師のチェック)
- ① 安静時脈拍数が100を超えているもの
 - ② 拡張期血圧が110mmHg以上の者
 - ③ 安静にしているにもかかわらず狭心症発作を起こす者、及び運動中たびたび狭心症を起こす者
 - ④ 新しい心筋梗塞を起こして3週間以内の者
 - ⑤ 心不全、すなわち心臓喘息、急性うつ血肝、全身の浮腫、胸腹水のある者
 - ⑥ 重篤な不整脈(ただし脈がほぼ等間隔で脈拍数が60～80の者は除く)
 - ⑦ 活動期の心炎
- B・訓練中は一動作ごとに脈拍数を計り、次の症状が出たら訓練を一時中止し、座位をとらせ3～5分休息しても症状がとれない時は中止する
- (PTのチェック)
- ① 脈拍数が訓練開始前の30%(老年者は20%以上*)内外まで増加したとき
 - ② 脈拍数が100を超えた時
 - ③ 不整脈、徐脈のないものに不整脈、徐脈の出現したとき
- C・次の症状が出たら訓練を中止する
- (PTのチェック)
- ① 呼吸困難
 - ② 起立順応不全の症状(既述)
 - ③ 循環不全の症候(狭心症の発作、胸痛、跛行、性脈怒張)
 - ④ 拡張期血圧が開始前より20mmHg以上の変動を示した時(この項のみ看護師のチェック)
- *参考文献(8)土肥豊の論文より追加(服部ら)

表4 運動中止の症状(服部ら)

- ① 失神
- ② 診顔色が蒼白になったり、チノーゼを呈したり、冷汗をかく時
- ③ 動悸、呼吸の乱れ、また困難になるとき
- ④ めまい、悪心、左胸痛、老人においては上腹部痛、腹痛下痢
- ⑤ 脈拍の増加、不整脈の出現、脈拍微弱また異常を訴えていないが、次のような者は注意を払う
- ⑥ 心筋梗塞の既往症のあるもの
- ⑦ 期外収縮の頻発しているもの
- ⑧ 1分間20～30くらいのゆっくりした不整脈を呈する者
- ⑨ 老人で脈の非常にゆっくりした者

表5 運動中止の症状(山根ら)

- ① 38℃以上の発熱
- ② 安静時脈拍が100/分を超える時
- ③ 不正脈が著しい時
- ④ 5～6回/分の脈の結滞がある時
- ⑤ 安静時血圧 上が100mmHg以下
- ⑥ " 上が160mmHg以上
- ⑦ " 下が120mmHg以上
- ⑧ 呼吸困難、チノーゼ、めまい、眼痛がある場合
- ⑨ 強い拒否

令和 年 月 日

（事業所）

地域密着型通所介護及び通所介護相当サービスの提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡市駿河区みずほ1丁目7-2

名 称 ハートピア フィットネス

管理者 田村 祐未

説明者

〔利用者〕

この説明書により、地域密着型通所介護及び通所介護相当サービスに関する重要事項の説明を受けました。

住 所

氏 名

代筆者の場合代筆者氏名

（利用者様との続柄）

署名代行者氏名

_____（続柄 ）

個人情報使用同意書

私(利用者およびその家族)の個人情報については、以下に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

<使用する目的>

利用者のための居宅サービス計画または介護サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合。ただし、個人情報の提供は必要最小限とし提供に当たっては関係者以外に漏れないよう細心の注意を払います。

<使用する期間>

地域密着型通所介護もしくは通所介護相当サービスの契約の有効期限と同一とする。

令和 年 月 日

株式会社ハートピア御中

〔利用者〕

住 所 _____

氏 名 _____

代筆者の場合代筆者氏名

(利用者様との続柄)

署名代行者氏名 _____ (続柄)

〔家 族〕

住 所 _____

氏 名 _____

