

木更津市介護保険運営協議会
木更津市地域密着型サービス事業所部会

地域密着型サービス事業者の指定について（部会資料）

事業者名：すまいるリハビリサービス株式会社

事業所名：多機能型事業所すまいるリハ・文京

サービスの種類：地域密着型通所介護

目 次

1	指定申請書	1 頁
2	勤務形態一覧表	4 頁
3	平面図	7 頁
4	施設写真	8 頁
5	運営規程	11 頁

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所
指定介護予防支援事業所

指定申請書

令和6 年 7 月 22 日

木更津 市長殿 所在地 木更津市真舟5-2-3

申請者 名称 すまいるリハビリサービス株式会社

代表者職名・氏名 代表取締役 高橋宏彰

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号										
		0 4 0 0 0 1 0 5 3 3 2 1										
申請者	フリガナ	スマイルリハビリサービスカブシキカイシャ										
	名称	すまいるリハビリサービス株式会社										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 292 - 0802) 千葉 都 道 府 県 木更津 市 区 町 村 真舟5-2-3										
	連絡先	電話番号	0438-38-6118 (内線)				FAX番号	0438-38-6117				
		Email	smile-day@srs003.onmicrosoft.com									
	法人等の種類	営利法人										
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	タカハシヒロアキ				生年月日	1975年1月31日			
			氏名	高橋宏彰								
代表者の住所	(郵便番号 299 - 0245) 千葉 都 道 府 県 袖ヶ浦 市 区 町 村 蔵波台4-3-15											
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に												
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式					
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護					付表第二号(二)					
		認知症対応型通所介護					付表第二号(四)(五)					
		小規模多機能型居宅介護					付表第二号(六)					
		認知症対応型共同生活介護					付表第二号(七)					
		地域密着型特定施設入居者生活介護					付表第二号(八)					
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					付表第二号(九)					
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護					付表第二号(一)					
		複合型サービス					付表第二号(十)					
		地域密着型通所介護	☒	○		2024年9月1日	付表第二号(三)					
	居宅介護支援事業						付表第二号(十一)					
	介護予防支援事業						付表第二号(十二)					
	介護予防地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護					付表第二号(四)(五)					
介護予防小規模多機能型居宅介護					付表第二号(六)							
介護予防認知症対応型共同生活介護					付表第二号(七)							
介護保険事業所番号		(既に指定又は許可を受けている場合)										
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)										

付表第二号(三) 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号	0400-01-053321							
	フリガナ	タキノウガタジギョウシヨスマイルリハブンギョウ							
	名称	多機能型事業所すまいるリハ・文京							
	所在地	(郵便番号 292 - 0804) 千葉県 都 道 府 県 木更津 (市) 区 文京3-1-2 町 村							
	連絡先	電話番号	0438-38-4164 (内線)			FAX番号	0438-38-4163		
管 理 者	フリガナ	アイハラヤスヒロ		住所	(郵便番号 292 - 0814) 千葉県木更津市八幡台6-3-19				
	氏 名	相原康弘							
	生年月日	1964年5月12日							
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称				事業所番号			
共生型サービスの該当有無 ☒ 有 ☐ 無									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積				47.4	㎡	利用定員(同時利用)	10	人	
サ ー ビ ス 提 供 単 位 1	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常 勤(人)			1		2		1
	非常勤(人)					1			
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		○		○	○	○	○		
	その他(年末年始休日等)		年末年始、お盆、国民の祝日は除く						
	営業時間	曜日ごとに異なる場合記入		平日	8 : 15		~	17	: 15
		土曜日			~		:		
		日曜日・祝日			~		:		
サービス提供時間		9		:	00	~	15	: 45	
利用定員				10		人			
サ ー ビ ス 提 供 単 位 2	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常 勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間	曜日ごとに異なる場合記入		平日			~		:
		土曜日			~		:		
		日曜日・祝日			~		:		
サービス提供時間						~		:	
利用定員						人			
サ ー ビ ス 提 供 単 位 3	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常 勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間	曜日ごとに異なる場合記入		平日			~		:
		土曜日			~		:		
		日曜日・祝日			~		:		
サービス提供時間						~		:	
利用定員						人			
添付書類		別添のとおり							

(地域密着型通所介護事業を事業所所在地以外で一部実施する場合)

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号) 都 道 市 区 府 県 町 村							
	連絡先	電話番号 Email	(内線)				FAX番号		
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員(同時利用)		人			
サービス提供単位 1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:		~		:	
			土曜日	:		~		:	
			日曜日・祝日	:		~		:	
			サービス提供時間	:		~		:	
	利用定員		人						
	サービス提供単位 2	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
		営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
その他(年末年始休日等)									
営業時間		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:		~		:	
			土曜日	:		~		:	
			日曜日・祝日	:		~		:	
			サービス提供時間	:		~		:	
利用定員		人							
サービス提供単位 3		○設備に関する基準の確認に必要な事項							
		営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間	曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:		~		:	
			土曜日	:		~		:	
			日曜日・祝日	:		~		:	
			サービス提供時間	:		~		:	
	利用定員		人						
	添付書類	平面図							

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 4 当該事業を事業所所在地以外で実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(1) 4週予定

(2) 160時間/週

30日

当月の日数

1単位

(4) 事業所全体のサービス提供単位数

1単位

(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間 9:00 ~ 15:45 (計 6.75 時間)

40時間/週

(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏名	(10)																												(11) 1～4週目の勤務時間数合計	(12) 週平均勤務時間数	(13) 業務状況 (業務先及び業務する業務の内容)等		
					1週目							2週目							3週目							4週目										5週目	
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28					
1	管理者	B			シフト記号																																
					勤務時間数	2	2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	10	
					シフト記号	a	a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	40	10	
					勤務時間数	8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	40	
2	—	B	—		シフト記号	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	135	33.75				
					勤務時間数	b	b	b	b	b	b			b	b	b	b	b			b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	160	40		
					シフト記号	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	135	33.75		
					勤務時間数	a	a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	160	40	
3	看護職員	A	看護師		シフト記号	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	135	33.75				
					勤務時間数	8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	40		
					シフト記号	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	135	33.75		
					勤務時間数	a	a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	160	40	
4	介護職員	A	介護福祉士		シフト記号	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	135	33.75				
					勤務時間数	8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	40		
					シフト記号	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	135	33.75		
					勤務時間数	a	a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	160	40	
5	介護職員	A	—		シフト記号	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	135	33.75				
					勤務時間数	8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	40		
					シフト記号	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	6.75	135	33.75		
					勤務時間数	c	c	c	c	c	c			c	c	c	c	c			c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	80	20	
6	機能訓練指導員	B	作業療法士		シフト記号	3.25	3.25	3.25	3.25	3.25	3.25			3.25	3.25	3.25	3.25	3.25			3.25	3.25	3.25	3.25	3.25	3.25	3.25	3.25	3.25	3.25	3.25	65	16.25				
					勤務時間数	4	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	80	20		
					シフト記号	e	e	e	e	e	e			e	e	e	e	e			e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	65	16.25		
					勤務時間数	5	5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100	25	
7	介護職員	C			シフト記号	6	6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	120	30				
					勤務時間数	e	e	e	e	e	e			e	e	e	e	e			e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	120	30		
					シフト記号																														0	0	
					勤務時間数																														0	0	
8					シフト記号																											0	0				
					勤務時間数																														0	0	
					シフト記号																														0	0	
					勤務時間数																														0	0	
9					シフト記号																											0	0				
					勤務時間数																														0	0	
					シフト記号																														0	0	
					勤務時間数																														0	0	
10					シフト記号																											0	0				
					勤務時間数																														0	0	
					シフト記号																														0	0	
					勤務時間数																														0	0	
11					シフト記号																											0	0				
					勤務時間数																														0	0	
					シフト記号																														0	0	
					勤務時間数																														0	0	
12					シフト記号																											0	0				
					勤務時間数																														0	0	
					シフト記号																														0	0	
					勤務時間数																														0	0	
13					シフト記号																											0	0				
					勤務時間数																														0	0	
					シフト記号																														0	0	
					勤務時間数																														0	0	
(14) サービス提供時間内の勤務延長時間数 (生活相談員)						19.5	19.5	19.5	19.5	19.5			19.5	19.5	19.5	19.5	19.5			19.5	19.5	19.5	19.5			19.5	19.5	19.5	19.5			390	97.5				
(15) サービス提供時間内の勤務延長時間数 (介護職員)						10	10	10	10	10			10	10	10	10	10			10	10	10	10			10	10	10	10								
(16) 利用者数						6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75							
(17) サービス提供時間 (平均提供時間)						6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75	6.75			6.75	6.75	6.75	6.75							
(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数						1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1							
(参考)						3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3							
(19) 1日の職種別人員内訳						1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1							

《要 提出》

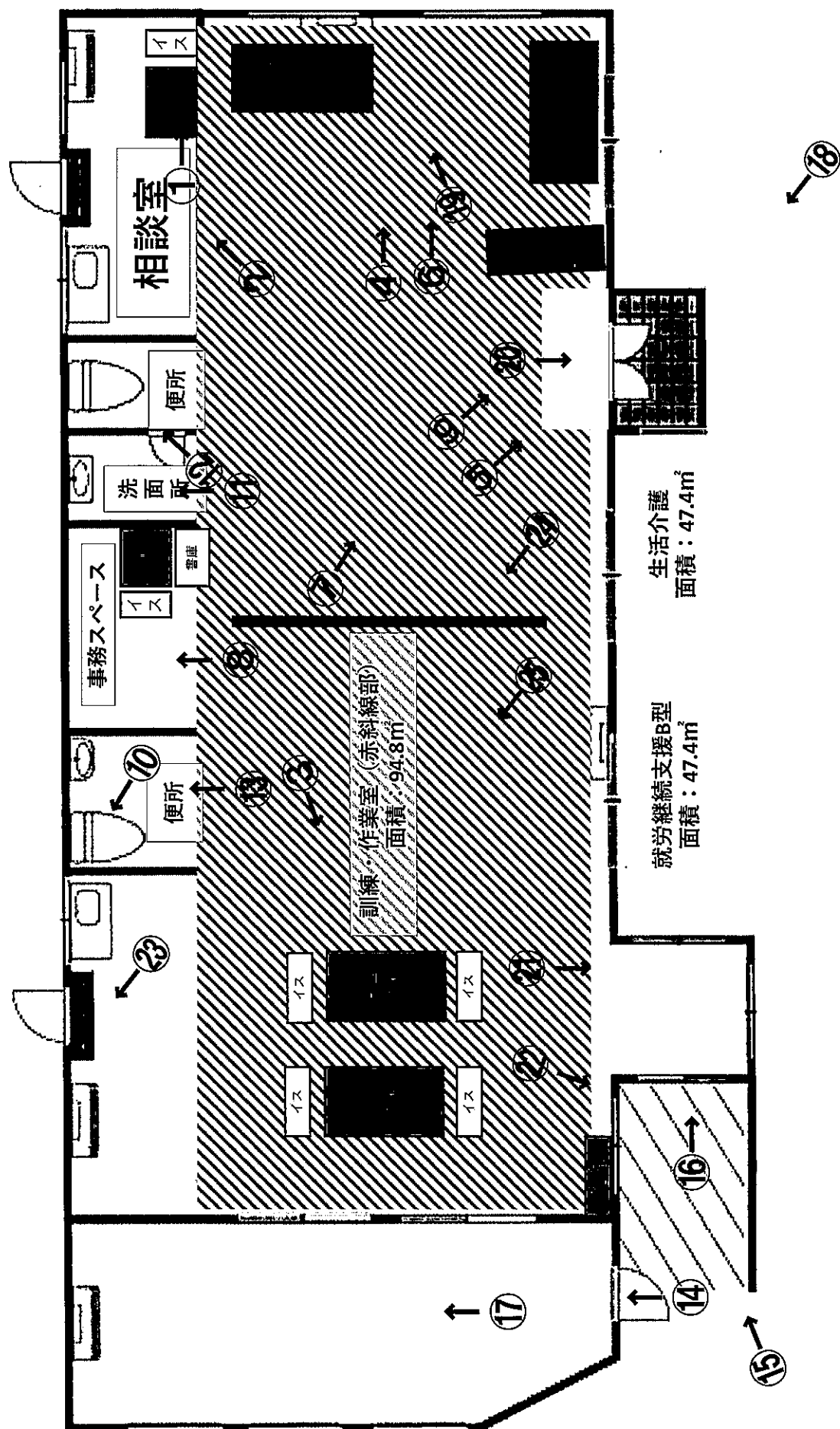
■シフト記号表（勤務時間帯）

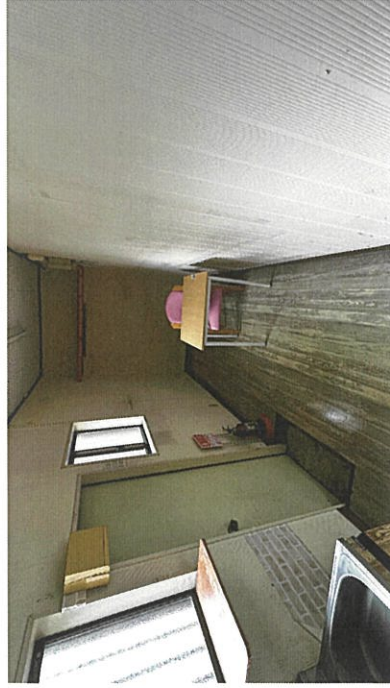
※24時間表記 休憩時間1時間は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

勤務時間										サービス提供時間		サービス提供時間内の勤務時間			自由記載欄
No	記号	始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	勤務時間	
1	a	8:15	17:15	(1:00)	8	9:00	15:45	9:00	15:45	9:00	15:45	9:00	15:45	6.75	
2	b	8:30	17:15	(0:45)	8	9:00	15:45	9:00	15:45	9:00	15:45	9:00	15:45	6.75	
3	c	8:15	12:15	(0:00)	4	9:00	15:45	9:00	15:45	9:00	15:45	9:00	15:45	3.25	
4	d	13:15	15:15	(0:00)	2	9:00	15:45	13:15	15:15	13:15	15:15	13:15	15:15	2	
5	e	9:00	15:00	(1:00)	5	9:00	15:45	9:00	15:00	9:00	15:00	9:00	15:00	6	
6	f			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
7	g			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
8	h			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
9	i			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
10	j			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
11	k			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
12	l			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
13	m			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
14	n			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
15	o			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
16	p			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
17	q			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
18	r			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
19	s			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
20	t			(0:00)	0			0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	
21	u				1									1	
22	v				2									2	
23	w				3									3	
24	x				4									4	
25	y				4									3	
26	z				5									5	
27	休				0									0	休日
28	-														
29	-														
30	-														

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No21～30を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No1～20は始業時刻・終業時刻・休憩時間等を入力すると勤務時間数が計算されますが、入力への補助を目的とするものですので、結果に誤りがないかご確認ください。
- ・シフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。
- ・シフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいて構いません。

平面図：多機能型事業所すまいるリハ・文京

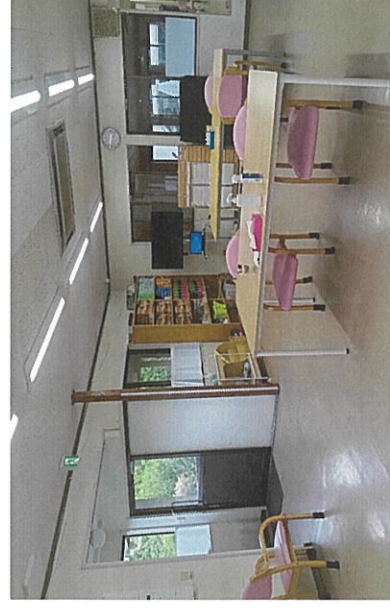




1 相談室



2 相談室



3 デーブル、いす



4 治療台、ウォーカー



5



6



7



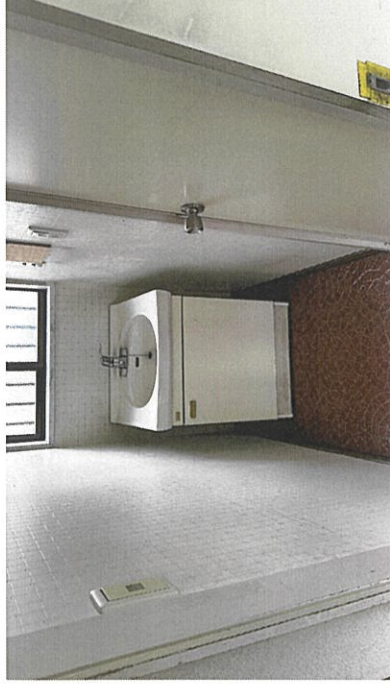
8 事務スペース



9 鍵付き書庫



10 便所



11 洗面所



12 便所



13



14



15



16



17



18



19 煙探知機



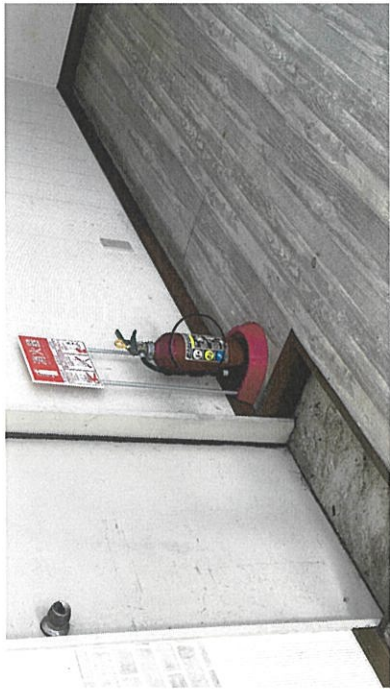
20 誘導灯



21 誘導灯



22 消火器



23 消火器



24 パーテーション区切る様子



25 パーテーションで区切る様子

室内作業の場合、パーテーションを使用

運営規程
多機能型事業所すまいるリハ・文京（共生型地域密着型通所介護）運営規程 （事業の目的） 第1条 すまいるリハビリサービス株式会社が実施する指定共生型地域密着型通所介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態となった場合においても、その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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。 （運営の方針） 第2条 事業の実施に当たっては、要介護者となった場合においても、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の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減をはかるために、必要な日常生活上の世話、機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。また、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。 2 事業の実施に当たっては、その状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うとともに、地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 （事業所の名称等） 第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。 （1）名称 多機能型事業所すまいるリハ・文京 （2）所在地 千葉県木更津市文京3-1-2 （職員の職種、員数及び職務の内容） 第4条 事業所における職員の職種、員数及び職務の内容は、次のとおりとする。ただし、厚生労働省令等で定める基準を下回らない範囲で変動することがある。 （1）管理者 1名（常勤職員） 職員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、職員に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。 （2）サービス管理責任者（常勤職員） 1名以上 利用者及び家族からの相談を受けること、共生型地域密着型通所介護の業務に従事するとともに、事業所に対する共生型地域密着型通所介護の利用の申込に係る調整の補助、及び他の職員と協力して通所介護計画の作成の補助等を行う。

(3) 介護職員：生活支援員 3名（常勤2、非常勤1）以上

介護職員は、排せつ、食事の介助等、日常生活に必要な支援及び介護、相談を行う

(4) 医師 1名（非常勤職員）

利用者の健康管理及び支援上の指導を行う

(5) 看護師 1名（常勤職員）

利用者の健康管理及び心身状態の把握を行う

(6) 機能訓練指導員：作業療法士等 1名（常勤職員）

日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う

（営業日及び営業時間）

第5条 事業所の営業日及び営業時間等は、次のとおりとする。

(1) 営業日 月曜日から金曜日までとする。ただし、国民の祝日、年末年始、お盆を除く。

(2) 営業時間 午前8時15分から午後5時15分までとする。

(3) サービス提供時間 午前9時00分から午後3時45分までとする。

（利用定員）

第6条 事業所の利用者の定員は、1日あたり10人とする。

ただし、指定生活介護事業所、指定共生型地域密着型通所介護事業所において同時にサービス提供を受けることができる利用者数の上限である。

（共生型地域密着型通所介護の内容）

第7条 事業所で行う生活介護の内容は、次のとおりとする。

(1) 通所介護計画や個別機能訓練計画の作成

(2) 食事の提供

(3) 身体の介護

(4) 機能訓練

(5) 創作的活動

(6) 生産活動

(7) 余暇活動

(8) 健康管理

(9) 送迎サービス

(10) 利用者又は家族に対する相談及び助言

（利用者から受領する費用の額等）

第8条 共生型地域密着型通所介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣または市町村長が定める基準によるものとし、当該共生型地域密着型通所介護が法定代理受領サービスであるときは、利用者の負担割合証に応じた額とする。

2 前項のほか、次に定める費用については、利用者から徴収することが出来るものとする。

(1) 創作的活動に係る材料費の実費

(2) 日用品費の実費

(3) 食事の提供に係る費用

(ア) 昼食 1食につき680円

(4) 送迎サービスの提供に係る費用

次条に規定する通常の事業の実施地域以外の地域

事業所から10キロメートル未満 1回(片道)につき0円

事業所から10キロメートル以上 1回(片道)につき100円

事業所から15キロメートル以上 1回(片道)につき150円

事業所から20キロメートル以上 1回(片道)につき200円

(5) その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものの実費

(6) キャンセル費用

当日8時30分以降にお弁当キャンセル 1食につき400円

4 前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得るものとする。

5 第1項から第3項までの費用の支払いを受けた場合は、当該費用に係る領収証を、当該費用を支払った利用者に対し交付するものとする。

(通常の事業の実施地域)

第9条 通常の事業の実施地域は、木更津市かつ事業所から直線距離で10キロメートル未満の地域とする。

(サービスの利用に当たっての留意事項)

第10条 利用者は、サービスの利用に当たっては、次に規定する内容に留意すること。

(1) 他利用者の迷惑になる行為、不利益になる行為を行わないこと。

(2) 利用者又はその家族は、利用者の心身の状況等に変化が見られた場合は、速やかに事業所の従業者に連絡すること。

(3) 事業所の設備・備品を利用する際には、事業所の従業者の指示に従うこと。

(緊急時等における対応方法)

第11条 現に共生型地域密着型通所介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとする。

2 主治医への連絡等が困難な場合、医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとする。

(非常災害対策)

第12条 事業所は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

（苦情解決）

第 13 条 提供した地域密着型通所介護に関する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置するものとする。

2 苦情が生じた場合は、直ちに相手方に連絡を取り、詳しい事情を把握するとともに、従業者で検討会議を行い、必ず具体的な対応を行う。また、苦情記録、その対応を台帳に保管し、再発を防ぐ。

（虐待防止に関する事項）

第 14 条 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずる。

2 虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置するとともに、委員会での検討結果を従業員に周知徹底する。

（身体拘束の適正化）

第 15 条 事業所は、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むを得ない理由その他必要な事項を記録する。

2 身体拘束等の適正化のための対策委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

3 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。

4 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

（感染症や災害への対応力の強化）

第 16 条 事業所は、感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる置を講じなければならない。

一 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

二 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。

三 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施する。

2 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

3 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。

4 事業所は、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うものとする。

5 事業所は、前項に規定する（非常災害に備えるための）訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

(ハラスメント対策)

第17条 適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

(その他運営に関する重要事項)

第18条 事業所は、職員の資質の向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備するものとする。

(1) 採用時研修 採用後6カ月以内

(2) 継続研修 年5回

2 職員は、その業務上知り得た利用者の秘密を保持するものとする。

3 職員であつた者に、業務上知り得た利用者並びにその家族の秘密を保持するため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とする。

4 事業所は、指定共生型地域密着型通所介護等に対して、利用者並びにその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者並びにその家族の同意を得るものとする。

5 事業所は、職員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備するものとする。

6 事業所は、利用者に対する共生型地域密着型通所介護の提供に関する諸記録を整備し、当該サービス提供した日から5年間保存するものとする。

7 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項はすまいるリハビリサービス株式会社と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附 則

この規程は、令和6年9月1日から施行する。