

重要事項説明書

(通所介護)

事業所： デイサービス きずな

通所介護重要事項説明書

1 法人・事業所の概要

(1) 法人の指定番号および事業内容

法人名	株式会社 アウトリーチ
所在地	東京都江東区亀戸 3-47-4
代表取締役	川崎 大介
TEL・FAX	TEL 03-5875-2697 FAX 03-5875-2107
設立日・	平成26年7月7日
事業内容	介護サービス事業及び介護施設の運営（通所介護事業）

(2) 事業者の指定番号およびサービス提供地域・定員

事業所名	デイサービス きずな
所在地	東京都江東区亀戸 3-47-4
TEL・FAX	TEL 03-5875-2697 FAX 03-5875-2107
設立日・	平成29年 4月 1日
介護保険指定番号	通所介護事業（ 1370805861 ）
サービス提供地域	東京都江東区、江戸川区、墨田区
定員	25名

(3) 営業日・時間

営業日	月曜日～土曜日・祝日
営業時間	8:00 ～ 17:30
サービス提供時間	8:30～17:00
休日	日曜日・12/30～1/3

(4) 職員体制

		常 勤	非常勤	計
1	管理者（生活相談員兼務1名）	1名	0名	1名
2	生活相談員（管理者兼務1名） （介護職員兼務2名） （看護師兼務1名）	3名	1名	4名
3	機能訓練指導員（看護師兼務）	1名	0名	1名
4	介護職員（生活相談員兼務2名）	3名	4名	7名
5	看護師（機能訓練指導員・生活相談員兼務）	1名	1名	2名

2 事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

デイサービス きずな 東京都江東区亀戸3-47-4
施設長 川崎 大介

受付時間 月曜日～土曜日（8：30～17：30）

連絡先 TEL 03-5875-2697

FAX 03-5875-2107

なお、下記の公的機関でも苦情の申し出や介護相談ができます。

・東京都国民健康保険団体連合会

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1

TEL 03-6238-0011

・江東区役所介護保険課在宅支援係介護サービス利用相談

〒135-8383 東京都江東区東陽4-11-28

TEL 03-3647-9099

・江戸川区役所介護保険課相談係

〒132-8501 東京都江戸川区中央1-4-1

TEL 03-5662-0061

・墨田区役所介護保険課

〒130-8640 東京都墨田区吾妻橋1-23-20

TEL 03-5608-6924

3 サービス内容・注意事項

(1) 通所介護計画に沿って、送迎、排泄、移動、入浴介助、機能訓練、食事の提供、口腔機能向上、その他必要な介護等を行います。

(2) 従業員の禁止行為事項

- ・医療行為は原則禁止。（緊急時は除く）
- ・身体拘束などの利用者の行動を制限する行為
- ・ご利用者様・そのご家族様からの金銭・物品等の授受。
- ・金銭・貴重品及び飲食物のお持込みはご遠慮下さい。

(3) パワーハラスメント・セクシャルハラスメントの禁止

- ・従業員に対する身体的暴力(身体的な力、物品や凶器などを使って危害を及ぼす行為)
- ・従業員に対する精神的暴力(怒鳴るや大声を出す、人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)
- ・従業員に対するセクシャルハラスメント(意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的な嫌がらせ行為)

(4) 他のご利用者様の迷惑になる行為はお断りしています。迷惑行為が著しい時は通所を中止させて頂く場合もありますのでご了承下さい。

4 利用料金

(1) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月 10 日以降に先月分の料金を請求いたします。
あらかじめ指定した方法でお支払いください。
領収書につきましては料金の支払いを受けた場合に発行します。

(2) 利用料 (要介護料金表)

介護保険適用	単位	10割負担分	1割負担分
要介護1 (7時間以上8時間未満)	658	7172円	718円
要介護2 (7時間以上8時間未満)	777	8469円	847円
要介護3 (7時間以上8時間未満)	900	9810円	981円
要介護4 (7時間以上8時間未満)	1023	11150円	1115円
要介護5 (7時間以上8時間未満)	1148	12513円	1252円
要介護1 (8時間以上9時間未満)	669	7292円	730円
要介護2 (8時間以上9時間未満)	791	8621円	863円
要介護3 (8時間以上9時間未満)	915	9973円	998円
要介護4 (8時間以上9時間未満)	1041	11346円	1135円
要介護5 (8時間以上9時間未満)	1168	12731円	1274円
入浴介助加算Ⅰ	40	436円	44円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	196円	20円
介護職員等処遇改善加算	所定単位数 の 120/1000	1 単位未満の端数は 四捨五入	
延長加算			
9時間以上10時間未満	50	545円	55円
10時間以上11時間未満	100	1090円	109円
11時間以上12時間未満	150	1635円	164円
12時間以上13時間未満	200	2180円	218円
13時間以上14時間未満	250	2725円	273円

○自己負担するもの (介護保険適用外)

昼食費	おやつがセットになっています。	650円
-----	-----------------	------

(3) キャンセル料金

①ご利用日の前営業日の 17 時 30 分までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用日の前営業日の 17 時 30 分までにご連絡がなかった場合昼食代のみ請求する場合があります	

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合、上記のキャンセル料金を頂く事があります。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始及び利用中の注意事項

- ・契約を結びサービス提供を開始します。
- ・利用当日に風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族様に連絡の上、適切に対応します。

(2) サービスの終了

① ご利用者様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週間前までに文書又は口頭でお申し出ください。

② 当社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1ヶ月までに文書で通知いたします。

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終了します。

- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、要支援及び非該当〔自立〕と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

④ その他でサービスを終了する場合

・当社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、ご利用者様や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、ご利用者様は文書又は口頭で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。

・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを3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支払わない場合、またはご利用者様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業員又は他のご利用者様に対して本契約を継続し難いほどの迷惑行為、背信行為を行った場合は、当社により文書又は口頭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く場合がございます。

・従業員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発を防止することが著しく困難である等により、ご利用者様に対してサービスを提供することが著しく困難になった場合は、当社により文書又は口頭で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

・ご利用者様が入院、入所、病気などにより、1ヵ月以上のサービスの利用がない場合、文書又は口頭で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

上記サービス終了の場合、居宅介護支援事業所、又は保険者である区市町村と連絡を取り、ご利用者様の心身の状況に応じて、適切な他の事業者等の紹介等、必要な措置を講じる。

(3) 感染症等によるサービス休止

- ・他の利用者様、従業員の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

6 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、ご家族様、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等へ連絡をいたします。

主治医	病院名	
	主治医	
	連絡先	
ご家族・ 緊急連絡先	ご家族氏名 (続柄)	(続柄)
	連絡先	
	緊急連絡先氏名 (続柄)	(続柄)
	連絡先	

7 事故発生時の対応・損害賠償

(1) ご利用者様に対するサービス提供中に事故が発生した場合は、ご家族様、当該利用者に係る地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。必要に応じて区市町村に連絡する。

賠償すべき事故が発生した場合は、速やかにその対応を行います。但し、事業者が故意、過失がない場合はこの限りにありません。当該事故発生につきご利用者様に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(2) 事業者は自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。

- ・ご利用者様が事業者もしくはサービス従事者のサービス提供等に従わないことに起因して損害が発生した場合
- ・ご利用者様が事業者もしくは介護サービスに反して行った行為に起因して損害が発生した場合
- ・ご利用者様の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合
- ・自傷行為をはじめ、ご利用者様の予測不可能な行為によって損害が発生した場合
- ・通所介護のサービス（施設内サービスや通常の送迎サービス）以外の居宅内サービスや通常手段以外での送迎方法での損害が発生した場合

(具体的には、事業者もしくはサービス従事者が適切な介護サービス(介助や声掛けなど)を行っていたにもかかわらず、ご利用者様自らの行動に起因して転倒、外傷、その他の損害が発生した場合。

ご利用者様の自宅内での転倒、外傷、その他の損害の場合やおんぶ、抱っこでの送迎や高い段差や急傾斜のある場所の送迎での転倒、外傷、その他の損害の場合になります。)

8 非常災害対策

- (1)事業所は非常災害に備えるため消防計画を作成し自衛消防訓練を次の通り行いとともに必要な設備を備える。

防火管理者の配置・自衛組織図の作成

自衛消防訓練（消火訓練・通報訓練・避難訓練・その他訓練） 年2回以上

- (2)事業所は地震・噴火・台風などの天災、天候（雪）、その他、サービスの実施ができなくなった場合には、ご利用者様に対して当該サービスを提供すべき義務を負わないものとします。

9 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症及び自然災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び自然災害に係る研修を定期的に行います。
- (3) 感染症や自然災害が発生した場合において迅速に行動できるように、訓練を実施します。

10 衛生管理等

事業所は次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 感染症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設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施しています。
- (4) 従業員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

11 個人情報の取扱いについて

- (1) 個人情報保護の趣旨

事業所、及び事業所の使用する者が保有する利用者とそのご家族に関する個人情報について、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

- (2) 個人情報利用範囲

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- ①適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- ②サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
- ③サービス利用にかかわる管理運営
- ④緊急時の医師・関係機関への連絡のため
- ⑤法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- ⑥損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ⑦特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

- (3) 肖像権について

事業所のホームページ・社内研修・掲示物などにおいて、ご利用者様の写真を使用させて頂く場合がありますのでご了承下さい。（利用者様、ご家族様の意思で選択することができます）

1 2 高齢者の虐待防止

事業所は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を設立して、責任者及び担当者を選定しています。
- (2) 虐待防止のための指針を作成します。
- (3) 虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (4) 虐待防止と発見に努め、発見した場合には関係機関に通報します。

1 3 第三者評価実施状況

- | | |
|---------------|---------------|
| (1) 実施の有無「なし」 | 評価機関「なし」 |
| 実施した直近年月日「なし」 | 評価結果の開示状況「なし」 |

【事業所】

事業所名 デイサービス きずな（指定番号 1370805861 ）
所在地 東京都江東区亀戸3-47-4

施設長 川崎 大介 印

事業所から重要事項の説明を受け、個人情報の取扱いに同意して、
通所介護の利用を申し込みます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者・事業所が
記入押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

【ご利用者】 住 所 _____

利用者氏名 _____ 印

【ご家族】 住 所 _____

ご家族氏名 _____ 印

個人情報の使用同意書

【ご利用者】 住 所 _____

利用者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄) _____

【ご家族】 住 所 _____

ご家族氏名 _____ 印