

重要事項説明書

通所介護事業

杉並区介護予防・生活支援サービス事業
通所型サービス（第1号通所事業）

- ・介護予防通所事業
- ・自立支援通所事業

指定通所介護事業所
川内デイサービス

通所介護・通所型サービス 重要事項説明書

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話：03-3311-7821(平日 午前9時～午後6時30分まで)

担当：中村 大助

2. 当事業所の概要

(1)提供できるサービスの種類と地域 * 下記地域以外の方でご希望の方はご相談下さい

名 称	川内デイサービス
所 在 地	東京都杉並区堀ノ内3丁目52番22号
介護保険指定事業所番号	1371505601
サービスを提供する地域	杉並区の一部・中野区の一部

(2-1)通所介護・介護予防通所事業所の職員体制

	資 格	計
管理者（介護支援専門員兼務）	介護福祉士	1名
生活相談員	社会福祉主事任用他	1名以上
機能訓練指導員	看護師他	1名以上
看護職員	看護師	1名以上
介護職員	ヘルパー等有資格者他	4名以上

(2-2)自立支援通所事業の職員体制

	資 格	計
管理者（介護支援専門員兼務）	介護支援専門員	1名
看護職員	看護師	1名以上
介護職員	ヘルパー等有資格者他	1名以上
機能訓練指導員	理学療法士他	1名以上

(3-1)通所介護・介護予防事業所の設備の概要

定 員	30名	静養室	1室1床
食堂兼機能訓練室	100.39㎡	相談室	1室

(3-2)自立支援通所事業所の設備の概要

定 員	15名	機能訓練室	54.98㎡
-----	-----	-------	--------

(4)営業時間

月～土	午前8時30分 ～ 午後6時30分
定休日	日曜日 ・ 年末年始休業 12/30～1/3

* 緊急連絡先 3311-7821
(但し営業時間以外は
5913-7755FAXへ)

3.サービス内容

通初介護計画・介護予防通所介護計画（自立支援通所事業対象者は必要に応じ、個別サービス計画を作成。基本的に現行の通所介護相当のサービス内容）に沿った内容でサービス提供を行います。

4.料金

(1)通所介護利用料(介護保険適用時の自己負担額は、介護負担割合に応じた料金です)

①ご利用料金

通所介護	通常規模型 7 時間以上 8 時間未満			
区分	利用料金/日	1 割負担額/日	2 割負担額/日	3 割負担額/日
要介護 1	7,172 円	718 円	1,435 円	2,152 円
要介護 2	8,469 円	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護 3	9,810 円	981 円	1,962 円	2,943 円
要介護 4	11,150 円	1,115 円	2,230 円	3,345 円
要介護 5	12,513 円	1,252 円	2,503 円	3,754 円

②加算料金

通所介護	利用料金/日	1 割負担額/日	2 割負担額/日	3 割負担額/日
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	828 円	83 円	166 円	249 円
口腔機能向上加算(月 2 回まで)	1635 円	164 円	328 円	491 円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,744 円	175 円	349 円	524 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	239 円	24 円	48 円	72 円
若年性認知症ケア加算	654 円	66 円	132 円	197 円
送迎減算（片道）	▲512 円	▲52 円	▲103 円	▲154 円
栄養スクリーニング加算	54 円	6 円／回	11 円／回	17 円／回

②加算料金

	利用料金/月	1 割負担額/月	2 割負担額/月	3 割負担額/月
科学的介護推進加算	436 円	44 円	88 円	131 円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	218 円	22 円	44 円	66 円
ADL 維持等加算（Ⅰ）	327 円	33 円	66 円	99 円
ADL 維持等加算（Ⅱ）	654 円	66 円	131 円	197 円

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	利用された総単位数（基本介護保険給付単位+利用加算）に加算率（9.2%）を乗じて得られた単位数に地域区分を乗じた金額（小数点第 1 位を切り捨て）の介護負担割合に応じた金額が加算されます。
--------------	--

(2-1) 通所型サービス・介護予防通所事業利用料(介護負担割合に応じた料金です)

① ご利用料金

介護予防通所事業	通常規模型 7 時間以上 8 時間未満			
区分	利用料金/月	1 割負担額/月	2 割負担額/月	3 割負担額/月
介護予防 通所事業 1	19,598 円	1,960 円	3,920 円	5,880 円
介護予防 通所事業 22	19,598 円	1,960 円	3,920 円	5,880 円
介護予防 通所通所事業 2	39,468 円	3,947 円	7,894 円	11,841 円

②加算料金

介護予防通所事業	利用料金/月	1 割負担額/月	2 割負担額/月	3 割負担額/月
口腔機能向上加算	1,635 円	164 円	328 円	491 円
送迎減算 (片道)	▲512 円	▲52 円	▲103 円	▲154 円
若年性認知症ケア加算	2,616 円	262 円	524 円	785 円
生活機能向上グループ活動加算	1,090 円	109 円	218 円	327 円
栄養スクリーニング加算	54 円	6 円/回	11 円/回	17 円/回
通所型独自サービス 口腔機能向上加算Ⅱ	1,744 円	175 円	349 円	524 円
科学的介護推進加算	436 円	44 円	88 円	131 円

介護予防通所事業		利用料金/月	1 割負担額/月	2 割負担額/月	3 割負担額/月
サービス提供 体制強化加算 (Ⅰ) イ	① 要支援 1	959 円	96 円	192 円	288 円
	② 要支援 2	959 円	96 円	192 円	288 円
	③ 要支援 2	1,918 円	192 円	384 円	576 円

※①・②は週 1 回程度ご参加の方に算定され、③は週 2 回程度のご参加の方に算定されます。

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	利用された総単位数 (基本介護保険給付単位+利用加算) に加算率 (9.2%) を乗じて得られた単位数に地域区分を乗じた金額 (小数点第 1 位を切り捨て) の介護負担割合に応じた金額が加算されます。
--------------	--

(2-2) 通所型サービス・自立支援通所事業利用料(介護負担割合に応じた料金です)

① ご利用料金

自立支援通所事業	サービス提供時間 (2 時間 15 分) 13 時 15 分から 15 時 30 分			
区分	利用料金/回	1 割負担額/回	2 割負担額/回	3 割負担額/回
自立支援通所事業 1 (送迎あり)	4,752 円	476 円	951 円	1,426 円
自立支援通所事業 1 (送迎なし)	3,727 円	373 円	746 円	1,119 円
自立支援通所事業 2 (送迎あり)	4,872 円	488 円	975 円	1,462 円
自立支援通所事業 2 (送迎なし)	3,847 円	385 円	770 円	1,155 円

※1 自立支援通所事業 1 は月 4 回まで (週 1 回程度)、自立支援通所事業 2 は月 5 回から 8 回まで (週 2 回程度) の通所

※2 杉並区が定める自立支援通所事業処遇改善加算が算定されます。

(2-3) 諸経費 (自立支援通所事業対象者)

- ① おやつ代金(お茶代を含む) ・週 1 回通所される方: 月額 180 円 ・週 2 回通所される方: 月額 360 円
- ② ご希望により行う作業療法や趣味活動で必要となった分の材料費を実費相当分、頂きます。
- ③ おむつ・リハビリパンツ: 1 つ 100 円・パット: 1 つ 50 円 (持込の場合は無料です) ・マスク: 1 つ 50 円
・通信費 (郵便切手代等) : 実費

(3) 諸経費 (通所介護・介護予防通所事業対象者)

- ① 食費食材費 900 円(おやつ代を含む)
- ① ご希望により行う作業療法や趣味活動で必要となった分の材料費を実費相当分、頂きます。
- ② おむつ・リハビリパンツ: 1 つ 100 円・パット: 1 つ 50 円 (持込の場合は無料です) ・マスク: 1 つ 50 円
・通信費 (郵便切手代等) : 実費

(4) キャンセル料 (通所介護・介護予防通所事業対象者)

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります

① ご利用の前営業日の午後 5 時までにご連絡頂いた場合 (前営業日が土曜日の時は、午後 1 時までにご連絡頂いた場合)	無料
② ご利用日当日午前 8 時 40 分までにご連絡頂いた場合	食材費の 500 円
③ ご利用日当日午前 8 時 40 分までにご連絡が無かった場合	食材費 500 円と介護報酬額の 1 割

(5) 支払い方法

毎月 10 日までに前月分の請求を致します。お支払い方法はゆうちょ銀行からの引き落としになります。引き落とし手数料は当社が負担致しますが、ゆうちょ銀行の窓口・ATM または、その他金融機関からお振り込みをされる場合の手数料につきましては、ご利用者様のご負担とさせていただきます。入金確認後、領収証を発行致します。

(6) 口座への振込 (手数料が必要です)

金融機関名 : ゆうちょ銀行
口座名称 : 川内デイサービス
口座番号 : 00130-9-385521

(注) この口座を他行等からの振込としてご利用される場合は、下記内容をご指定下さい。

店名(店番) : 019 (ゼロイチキユウ) 店
預金種目 : 当座
口座番号 : 0385521

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 居宅サービス計画の作成を依頼している介護支援専門員にご相談下さい。
- ② 職員が、説明と、通所介護・介護予防通所介護計画書作成の為のお話を伺います。
又、サービス内容を見学して頂きます。
- ③ 契約を結び、通所介護計画書・介護予防通所介護計画書を作成し、サービスの提供を開始します。
自立支援通所計画書は必要に応じ作成します。

6. サービスの利用に当たっての留意事項

(1) 送迎バスについて（通所介護・介護予防通所事業対象者）

- ① 乗降時は原則的に家族または介護者などの見送り、出迎えをお願いします。
- ② 送迎時間はあらかじめお知らせします。しかし道路事情等により時間の変更をせざるを得ない場合があります。
その場合は電話でご連絡を致しますので約束の時間の 30 分前からご自宅で待機して下さい。
- ③ 自立支援通所事業対象者の送迎（バスストップ方式を含め）は、ご相談により取り決めさせていただきます。
地域によっては送迎が出来ない場合もありますので、予めご了承下さい。

(2) 利用の追加・変更

- ① サービスの変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスが提供できない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

(3) 持ち物・服装など

- ① 身軽な服装でおいで下さい。
- ② 靴は脱げないものを着用して下さい
- ③ 服薬中のお薬をお持ち下さい
- ④ 必要時、雨カッパを持参して下さい
- ⑤ 現金・貴重品及び飲食物・お菓子などの持参は絶対にご遠慮下さい

(4) 勧誘など

- ① 当施設は、介護を必要とする方の通所施設です。宗教・サークル・会合などへの勧誘及び民間療法などのご紹介は固く禁止致します。禁止事項に反した場合には利用をお断りする場合があります。

7. 緊急時の対応方法

- (1) サービス提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合、その他、必要な場合は、事前の打合わせにより、速やかに主治医、家族または緊急連絡先へ連絡します。
- (2) 事故発生時には、速やかに保険者、家族、居宅介護支援事業者に連絡をし、必要な措置を行います。
- (3) 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

8. サービス内容に関する苦情

(1) 当施設ご利用相談・苦情担当

担当係 中村大助 電話(3311)7821

(2) その他

杉並区保健福祉部介護保険課相談調整担当係 電話(3312)2111 内 1337

東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部 介護相談指導課 電話(6238)0177

9. 当法人の概要

法人名：株式会社川内エムエス 代表：川内美紀子

住所：東京都杉並区堀ノ内 3 丁目 52 番 22 号 電話：03-3311-7821

事業内容：介護保険法に定める介護サービス事業

介護保険法に基づく介護予防・生活支援サービス事業

10. 個人情報使用について

個人情報の取り扱いについて、以下の目的の為に、契約者の個人情報を必要最低限の範囲内で使用する事があります。但し、必要時以外に第三者に漏らすことはありません。

- ① 居宅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議及び、それに変わる意見交換の場合
- ② 介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合
- ③ 契約者に医療上緊急性の必要がある場合

1 1.虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待等の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

- 1 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）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すること。
- 2 虐待防止のための指針を整備すること。
- 3 虐待防止するための従業者に対する定期的な研修を実施すること。
- 4 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者は管理者とすること。
- 5 その他虐待防止のための必要な措置
- 6 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

1 2. 川内デイサービスの約束事項について

1. 政治・宗教活動を禁止致します。
2. ご参加中(送迎時間内も含む)、金品の貸借及び授受、品物の販売、勧誘などを禁止致します。
川内通所デイサービスを社会交流の場として楽しみにしている方には、物品の授受が出来ない事は残念かも知れませんが、川内デイサービスには色々な御病状の方が参加されている事をおくみ取り頂きご協力下さい。
3. 必要以外のお金、貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。万が一にも不測の事態が発生しても、責任を負えません。
4. 手荷物及び洋服には、全て記名をお願いします。
5. 弁当ご持参の約束をされている方以外は、お菓子を含む全ての食品の持ち込みは、ご遠慮下さい。
「トローチ」「のど飴」等、必要な方は、職員に一言声をおかけ下さい。
その場合も、室内には様々な病気、状態の方がおられますので、自分でのご利用のみにとどめて頂きます。
6. 送迎車は、ご家庭と川内デイサービスを往復する為の車ですので、原則として、他の場所へお送りする事は出来ません。途中で降りる場合は、事前連絡とご家族の立ち会いが必要です。
7. 通所介護参加中は、施設スタッフの指示に従って下さい。これを守れない場合には、退室をお願いする場合がございます。
8. 他人を誹謗中傷した様にとられる言動・行動に注意して下さい。
9. デイサービス室内において、不明・疑問の点が有りましたらお申し出下さい。
又、施設および職員への金品のお礼等は固くご辞退させて頂きます。
皆様のお気持ちを頂戴するだけで十分ですので、お気遣いなくお過ごし下さい。

1 3.業務継続計画について

当施設では、万が一の緊急事態（自然災害、感染症等）に備えて、業務継続計画（BCP）を策定しています。この計画に基づき、利用者様へのサービスをできる限り継続的に提供し、安全を確保するための対策を講じています。

主な内容は以下の通りです。

1. リスク管理：地震、火災、感染症等、予想されるリスクに対する対応策を明確にし、実施します。
2. 緊急時の連絡体制：施設スタッフ間および利用者様・ご家族との連絡手段を確保し、迅速に対応します。
3. サービス提供の継続方法：緊急時にはサービス提供の縮小や代替手段を講じる場合があります。
4. スタッフ対応：スタッフは緊急時の避難方法、対応手順について定期的に訓練を受けています。
5. 利用者様への対応：利用者様の安全を最優先にし、緊急時には親族への連絡等を行い、必要に応じて代替サービスを提供します。

この計画は定期的に見直され、常に最新の情報を基に運用されます。

1 4. ハラスメント対策について

当施設では、すべての利用者様とスタッフが安全で尊重される環境で過ごせるよう、ハラスメント防止対策に関する基本方針を策定しています。またハラスメント防止対策委員会を設置し、ハラスメント対策を徹底しています。ハラスメントとは、暴力的な言動や行動、差別的な発言、嫌がらせ、または不快に感じる言動を指し、これに該当する行為は一切許容しません。

主な取り組みは以下の通りです。

1. ハラスメントの定義と予防
ハラスメントには、身体的、精神的な暴力、セクシャルハラスメント、パワーハラスメント、モラルハラスメントなどが含まれます。当施設では、こうした行為を未然に防ぐため、スタッフに対して定期的な教育・研修を実施しています。
2. 利用者様への対応
利用者様が不快に感じる言動や行為を受けた場合、速やかにご相談いただけるよう体制を整えています。また、スタッフ一人ひとりが尊厳を守る対応を心掛けています。
3. ハラスメント発生時の対応
ハラスメントが発生した場合、迅速かつ適切に調査し、必要に応じて関係者への対応を行います。
4. 相談窓口の設置
ハラスメントに関する相談、問題については、以下の担当者または窓口までご連絡いただけます。ご相談頂いた内容については、利用者様・スタッフともに、秘密を守りながら迅速且つ適切に対応します。
 - 相談窓口：施設長 中村大助
 - 連絡先：施設の連絡先 03-3311-7821

ハラスメント対策は、定期的に見直し、改善策を講じることによって、より効果的な対応ができるよう努めます。

1 5. 契約の終了について

1. 利用者はいつでも申し出るにより、この契約を解除することができます。
2. 施設は次の事由に当てはまる場合、利用者に対して、この契約を解除することができます。
 - ①利用者のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく連続して3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず14日以内に支払われない場合。
 - ②利用者又は家族が、施設や施設職員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為（ハラスメント防止対策に関する基本方針に定義する、身体への暴力行為（叩く、物を投げつける等の行為含む）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）並びにセクシャルハラスメント（必要もなく身体を触る等の行為を含む）を行い、その状態が改善されない場合。

以 上

説明事項確認書

令和 年 月 日

通所介護または、通所型サービスのサービス提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明致しました。

事業者

東京都杉並区堀ノ内 3-52-22
株式会社 川内エムエス
川内デイサービス

説明者

管理者 中村大助 印

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、それに同意します。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者

〈事業者名〉 川内デイサービス(指定番号: 1371505601 東京都)
〈住所〉 東京都杉並区堀ノ内 3-52-22
〈代表者名〉 川内美紀子 印

利用者

〈氏名〉_____

〈住所〉_____

* 利用者本人が署名不可能な場合は、代理人が記入し、以下代理人欄にも署名をして下さい

代理人

〈氏名〉_____

〈住所〉_____

※ 確認資料をお見せ頂く場合が御座います。あらかじめご了承下さい。

御家族同意欄

〈氏名〉_____

〈住所〉_____