

重要事項説明書

< 2024年 4月 1日現在 >

1 通所介護事業者（法人）の概要

| | |
|---------|---|
| 名称・法人種別 | エンジョイ株式会社・営利法人 |
| 代表者名 | 代表取締役 浜 諒貴 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒189-0012 東京都東村山市萩山町1-8-12 クロウバーハイツ 2F (TEL) 042-348-8311 (FAX) 042-349-1189 |

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

| | |
|---------|--|
| 事業所名 | リハデイ一期一笑 東村山 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒189-0002 東京都東村山市青葉町1-23-4 (TEL) 042-390-1023 (FAX) 042-390-1024 |
| 事業所番号 | 1372702173 13A2700048 |
| 管理者の氏名 | 尼寺 和貴 |
| 利用定員 | 通所介護 (27名) |

(2) 事業所の職員体制 (通所介護・通所型サービス予防型)

| 従業者の職種 | 人数 (人) | 職務の内容 |
|---------|-----------|----------|
| 管理者 | 1名 | 事業所の管理 |
| 生活相談員 | 1名以上 | 相談・生活指導等 |
| 介護職員 | 1名以上 | 介護全般 |
| 看護職員 | 1名以上 | 健康チェック等 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 | 機能回復訓練等 |

(3) 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---------|---|------------|
| 管理者 | 正規の勤務時間帯（8：30 から 18：00） 常勤、シフト制で勤務 | ローテーションによる |
| 生活相談員 | 正規の勤務時間帯（8：30 から 18：00） 常勤または非常勤、かつシフト制で勤務 | ローテーションによる |
| 介護職員 | 正規の勤務時間帯（8：30 から 18：00） 常勤または非常勤、かつシフト制で勤務 | ローテーションによる |
| 看護職員 | 正規の勤務時間帯（8：30 から 18：00） 常勤または非常勤、かつシフト制で勤務 | ローテーションによる |
| 機能訓練指導員 | 非常勤勤務 | ローテーションによる |

(4) 事業の実施地域

| | |
|---------|-------------------------|
| 事業の実施地域 | 東村山市、東久留米市、清瀬市、小平市、東大和市 |
|---------|-------------------------|

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

| 営業日 | 営業時間 |
|----------|-----------------------------|
| 月曜日～土曜日 | 午前 8 時 3 0 分 ～ 午後 6 時 0 0 分 |
| サービス提供時間 | 午前 9 時 ～ 午後 5 時 0 0 分 |
| 営業しない日 | 日曜日、12 / 30 ~ 1 / 3 |

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

| 種 類 | 内 容 |
|--------|---|
| 食 事 | (食事時間) 12:00～13:30 食事サービスの利用は任意です。 |
| 入 浴 | ケアプランにもとづき入浴又は清拭を行います。 入浴サービスの利用は任意です。 |
| 排 泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、 排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員が必要に応じて利用者の状況に適した 機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 また心身機能の向上の為、散歩を重点的に取り組んで います。 |
| 生活指導 | 利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションや健康体操等を実施します。 |
| 健康チェック | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向け て取り組みます。 |
| 送 迎 | ご自宅玄関から施設内までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。 |

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割～3割（2018年8月より）が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】別紙参照 2024年4月1日改正

（1）介護保険給付対象サービス

- ・ 料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画および介護予防ケアマネジメントに定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。発行されたサービス提供証明書と領収書を保険者介護保険窓口を持参すると、9割分または8割分、7割分が返還されます。
- ・ 上記金額の1割～3割（2018年8月より）が自己負担金となります。

（2）利用料等のお支払方法

ご利用料金は口座振替[振替手数料90円(引落出来ない場合も手数料が掛かります)]での入金とさせていただきます。

口座振替の登録完了までは振込、または登録が完了次第合算してお支払いをお願いしております。(合算となる場合も手数料が掛かります)

支払期日につきましては、月締めの翌月20日払い(翌月10日前後に請求書を発行致します)とさせていただきます。

4 サービス内容に関する苦情等相談窓口

| | |
|----------------------|--|
| 当事業所 お客様相談窓口 | 窓口責任者 尼寺 和貴 ご利用時間 8：30～17：30 ご利用方法 電話（042-390-1023） 面接（当事業所相談室にて） |
| 東京都 国保連相談窓口 | 住所 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階 電話 03-6238-0177 ご利用時間 9：00～17：00 |
| 東村山市 健康福祉部高齢介護課 | 住所 東村山市本町1丁目2番地3 電話 042-393-5111 |
| 東久留米市 介護福祉課 | 住所 東京都東久留米市本町3-3-1 電話 042-470-7777 |
| 清瀬市 高齢支援課 介護サービス係 | 住所 東京都清瀬市中里5丁目842番地 電話 042-492-5111 |
| 小平市 健康福祉部介護福祉課 | 住所 小平市小川町2-1333 健康福祉事務センター1階 電話 042-346-9539 |
| 東大和市 高齢介護課 高齢福祉係 | 住所 東京都東大和市中央3-930 電話 042-563-2111(内線1171) |

5 事故発生時における対応方法

乙は、通所介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

発生した事故は、内容によっては基準に基づき、保険者への報告を行います。

前項において、事故により甲に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意、過失がない場合はこの限りではありません。

前項の場合において、当該事故発生につき甲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。

6 秘密保持

乙及びその従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその後見人又は家族の秘密を就業時及び退職後も漏らすことはありません。

乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

| | | |
|-----|-------------------|--|
| 主治医 | 病院名 及 び 所在地 | |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|-------------|--------|-----|
| 緊急時連絡先（家族等） | 氏名（続柄） | （ ） |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|-------------|--------|--|
| 緊急時連絡先（家族等） | 氏名（続柄） | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |

8 非常災害時の対策

| | | | | |
|----------------|-----------------------------|-----|-----------|-----|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び 防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり年1回避難訓練を行います。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 無し | 防火扉・シャッター | 無し |
| | 避難階段 | 無し | 屋内消火器 | 有り |
| | 自動火災報知機 | 有り | ガス漏れ探知機 | 有り |
| | 誘導灯 | 有り | 火災報知機 | 有り |
| | カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。 | | | |

9 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用に

より破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 利用者同士、利用者からスタッフへの金品の授受はご遠慮ください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

10 第三者評価の実施状況について 実施なし。

11 ハラスメントについて

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

(1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- ②個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
- ③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

(3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

12 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

(1) 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

(2) 当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、これを市区町村に通報します。

(3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

(4) 事業所は虐待防止責任者を管理者に定めます。

13 感染症対策について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

(1) 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。

(2) 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。

(3) 事業所における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おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

(4) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

(5) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。

14 業務継続に向けた取り組みについて

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 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を実施します。

(3) 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います。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項について文書を交付し、説明をしました。

年 月 日

事業者

住所

〒189-0012

東京都東村山市萩山町 1-8-12

クロウバーハイツ 2F

事業者名 エンジョイ株式会社

代表者名 代表取締役 浜 諒貴 印

説明者

氏 名

印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 月 日

利用者

住所

氏名

印

代理人（選任した場合）

住所

氏名

印

【契約書別紙】 サービス内容説明書（通所介護サービス・通所型サービス）

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1 通所介護サービス・通所型サービス

| 曜日（頻度） | 時間帯 | 内容 |
|--------|-----|--|
| 月曜日 | | 送迎、食事、機能訓練、生活指導、健康チェック、入浴、排泄、レクリエーション等 |
| 火曜日 | | |
| 水曜日 | | |
| 木曜日 | | |
| 金曜日 | | |
| 土曜日 | | |
| 日曜日 | | |
| 不定期 | | |

2 利用者負担額

あなたが支払う利用者負担額は、契約書別紙2の通りです。

3 キャンセル料および送迎当日キャンセル料

○ キャンセル料

ご利用者様のご都合で予定されていた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。

| | |
|-----------------------|------------|
| ご利用日の3日前 17:00 までのご連絡 | 無料 |
| ご利用日の3日前 17:00 以降のご連絡 | 食材料費 800 円 |
| 無断キャンセル | 食材料費 800 円 |

※キャンセルされる場合には必ずご連絡をお願い申し上げます。

○ 送迎当日キャンセル料

ご利用者様のご都合で予定されていた送迎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。

| | |
|---|----------------|
| お迎えした際（お送りした際）にご本人様ご家族様都合にてお迎え（お送り）をキャンセルした場合 | それぞれ実費分※ 501 円 |
|---|----------------|

送迎減算に相当する金額 47 単位×10.68=501 円

4 利用料等のお支払方法

ご利用料金は口座振替[振替手数料90円(引落出来ない場合も手数料が掛かります)]での入金とさせていただきます。

口座振替の登録完了までは振込、または登録が完了次第合算してお支払いをお願いしております。(合算となる場合も手数料が掛かります)

支払期日につきましては、月締めの翌月 20 日払い(翌月 10 日前後に請求書を発行致します)とさせていただきます。

- 5 この通所介護契約に記載している利用料金は、契約時点の介護保険料に基づいて算出いたしております。介護保険の改正及び、ご利用者様の介護度に変更があった場合は、自動的に新たな条件を適用いたします。