

「指定通所介護」・「指定介護予防通所介護」

「介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業」

重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して通所介護サービス及び介護予防通所介護サービスを提供します。平成11年3月31日厚生省令第8条の規定に基づき、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方、「基本チェックリストにより介護予防生活支援サービス事業対象となった方（以下「事業対象者」という）が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金
5. サービスの利用に関する留意事項について
6. サービスの利用をやめる場合
7. 苦情の受付について
8. 虐待の防止について
9. 身体拘束について
10. 事故発生時の対応について
11. 非常災害対策について
12. 衛生管理等について
13. 業務継続計画の策定等について
14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

1. 事業者

(1) 事業者

事業者の名称	有限会社 ケア・コラボレート K・H
事業者の所在地	〒073 - 0024 北海道滝川市東町4丁目2番地11
代表者名	代表取締役 佐々木 和代
電話番号	0125—26—0294

2. 事業所の概要

(2) 利用施設

事業所の名称	ディサービス 土筆
事業所の所在地	〒073 - 0024 北海道滝川市東町4丁目117番地24
事業所管理者名	東 祐 樹
電話番号	0125—22—0294
FAX番号	0125—22—0500
開設年月日	平成17年2月1日
事業の通常の実施地域	滝川市、赤平市、砂川市、新十津川町
利用定員	1日25名

(3) 利用施設の種類

指定通所介護事業所	令和5年1月26日指定	0177500162
日常生活支援総合事業 第1号通所事業	令和6年4月1日指定	0177500162

(4) 事業の目的

事業の目的	ディサービス 土筆が行う指定通所介護及び指定介護予防通所介護、第一号事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理並びに事業の目的及び運営に関する事項を定め、ディサービス 土筆の介護職員又は看護職員が、要介護・要支援状態、事業対象にある高齢者に対し、適正な通所介護及び日常生活支援総合事業第1号通所事業を提供することを目的とします。
-------	--

(5) 運営方針

施設運営の方針	当施設にあつては、要介護者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図る機能訓練及び生活の質の確保を重視して在宅生活が継続できるように支援を行なうことで、利用者の社会的孤立感の解消や身体機能の維持ならびに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るよう努める。
---------	---

(6) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
受付時間	月曜日～土曜日 8時30分～17時30分
サービス提供時間	月曜日～土曜日 9時15分～16時30分
休業日	日曜日及び12月31日～1月3日

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービス及び日常生活支援総合事業第1号通所事業を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職務内容	配置人員
事業所長（管理者）	職員管理及び業務内容の管理全般	1名
生活相談員	日常生活相談、業務全般の管理並びに日常の直接生活支援処遇に関わる業務	1名以上
介護職員	日常の直接生活支援処遇に関わる業務	3名以上
看護職員	看護・健康管理及び保健衛生並びに日常の直接生活支援処遇に関わる業務	1名以上
機能訓練指導員	機能訓練又は減退防止及び残存能力開発援助訓練並びに日常の直接生活支援処遇に関わる業務 ☆ 看護職員による兼務となります。	1名以上

4. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金

(1) サービスの概要

相談援助	・ ご契約者及びその家族等からのご相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
健康チェック	・ 血圧測定等、ご利用者の全身状態の把握を行います。
排泄	・ ご契約者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。
入浴	・ ご契約者の身体状況に合わせて入浴することができます(介助が必要な方には適切な援助を行ないます)。
機能訓練	・ 看護職員等により、ご契約者の状況に適合した日常動作訓練を行ない、身体機能の低下を防止するよう努めます。
口腔機能向上	・ 看護職員等により、ご契約者の口腔機能改善のためのサービスを行います。
アクティビティ	・ 施設内外において様々な活動に参加していただけます。

送 迎	<ul style="list-style-type: none"> ご契約者の希望により、ご自宅と事業所または近隣の親戚の家等（居住実態がある場所に限る）の間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。
-----	--

（２）サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたり、次の事を守ります。

<ol style="list-style-type: none"> ① ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。 ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。 ③ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、２年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を実費負担により交付します。（介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業についての記録は５年間保管する。） ④ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。 ⑤ 居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めます。 ⑥ 居宅介護支援事業者及び地域包括支援センター、保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。 ⑦ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務） 但し、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

（３）介護保険の給付の対象となる費用

次の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額①+②）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

(ア) 要介護1～要介護5のご利用者

	項 目	サービス利用 料金	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
基本 料金 ①	要介護1	6,580円/回	658円/回	1,316円/回	1,974円/回
	要介護2	7,770円/回	777円/回	1,554円/回	2,331円/回
	要介護3	9,000円/回	900円/回	1,800円/回	2,700円/回
	要介護4	10,230円/回	1,023円/回	2,046円/回	3,069円/回
	要介護5	11,480円/回	1,148円/回	2,296円/回	3,444円/回
加 算 ②	入浴介助加算(Ⅰ)	400円/回	40円/回	80円/回	120円/回
	入浴介助加算(Ⅱ)	550円/回	55円/回	110円/回	165円/回
	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	560円/回	56円/回	112円/回	168円/回
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	760円/回	76円/回	152円/回	228円/回
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	200円/月	20円/月	40円/月	60円/月
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)※1	1000円/月	100円/月	200円/月	300円/月
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)※1	2000円/月	200円/月	400円/月	600円/月
	ADL等維持加算(Ⅰ)※1	300円/月	30円/月	60円/月	90円/月
	ADL等維持加算(Ⅱ)※1	600円/月	60円/月	120円/月	180円/月
	口腔機能向上加算(Ⅰ)※2	1500円/月	150円/月	300円/月	450円/月
	口腔機能向上加算(Ⅱ)※2	1600円/月	160円/月	320円/月	480円/月
	口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	200円/回	20円/回	40円/回	60円/回
	口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	50円/回	5円/回	10円/回	15円/回
	若年性認知症受入加算※3	600円/回	60円/回	120円/回	180円/回
	中重度者ケア体制加算※4	450円/回	45円/回	90円/回	135円/回
	認知症加算※4	600円/回	60円/回	120円/回	180円/回
	科学的介護推進体制加算	400円/月	40円/月	80円/月	120円/月
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)※5	220円/回	22円/回	44円/回	66円/回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)※5	180円/回	18円/回	36円/回	54円/回	

	サービス提供体制強化 加算(Ⅲ)※5	60円/回	6円/回	12円/回	18円/回
	介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)※5	所定単位数×9.2%			
	介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)※5	所定単位数×9.0%			
	介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)※5	所定単位数×8.0%			
減算	事業所が送迎を行わない 場合 ※6	-470円/片道	-47円/片道	-94円/片道	-141円/片道

- ☆ 送迎サービスは基本サービス利用料金に含みます。
- ☆ 個別機能訓練、口腔機能向上加算を行う場合は、それぞれ個別のサービス計画を作成し、ご契約者及びそのご家族等に周知します。
- ☆ ※1については、条件を満たした時点で算定致します。
- ☆ 個別機能訓練及び口腔機能向上はサービス計画に基づいたサービスを実施し、口腔機能向上については、月に2回まで別途加算します。(※2)
- ☆ 契約者がいまだ要介護認定を受けていない場合及び居宅サービス計画が作成されていない場合には、要介護認定を受けた後に、それまで実施されたサービスの利用料金を遡って支払うこととします。
- ☆ ご契約者に提供する食事に要する費用は別途お支払いが必要となります。(下記(2)-①参照)
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、介護保険法が改正された場合、ご契約者の負担額を変更いたします。
- ☆ 栄養スクリーニング加算を行う場合は、個別にBMI等の栄養状態を確認し、担当ケアマネジャーに書面にて情報共有を行います。
- ☆ ※3については該当となるご利用者さまがでた場合に算定するものとし、個別の担当者を定め若年性認知症利用者の方の支援を促進します。
- ☆ ※4については条件を満たした時点で算定いたします。
- ☆ ※5については区分支給限度基準額の算定外となっております、条件を満たした時点で算定いたします。
- ☆ ※6については事業所で送迎を行わない場合、片道につき所定単位数から47単位が減算となります。

(イ) 要支援1、要支援2、事業対象者のご利用者

	項目	サービス利用 料金	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
基本 料金 ①	要支援1、事業対象者	17,980円/月	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月
	要支援2	36,210円/月	3,621円/月	7,242円/月	10,863円/月

加算②	選択	口腔機能向上加算	1500 円/月	150 円/月	300 円/月	450 円/月
		一体的サービス提供加算	4800 円/月	480 円/月	960 円/月	1,440 円/月
		生活機能向上グループ活動	1000 円/月	100 円/月	200 円/月	300 円/月
	若年性認知症受入加算※1	2,400 円/月	240 円/月	480 円/月	720 円/月	
	生活機能向上連携加算(I)※2	2000 円/月	200 円/月	400 円/月	600 円/月	
	生活機能向上連携加算(I)※2	1000 円/月	100 円/月	200 円/月	300 円/月	
	口腔・栄養スクリーニング加算(I)	200 円/月	20 円/月	40 円/月	60 円/月	
	口腔・栄養スクリーニング加算(II)	50 円/月	5 円/月	10 円/月	15 円/月	
	科学的介護推進体制加算	400 円/月	40 円/月	80 円/月	120 円/月	
	サービス提供体制強化加算(I)※3	要支援1 事業対象者	880 円/月	88 円/月	196 円/月	264 円/月
		要支援2	1760 円/月	176 円/月	352 円/月	528 円/月
	サービス提供体制強化加算(II)※3	要支援1 事業対象者	720 円/月	72 円/月	144 円/月	216 円/月
		要支援2	1440 円/月	144 円/月	288 円/月	432 円/月
	サービス提供体制強化加算(III)※3	要支援1 事業対象者	240 円/月	24 円/月	48 円/月	72 円/月
		要支援2	480 円/月	48 円/月	96 円/月	144 円/月
	介護職員等処遇改善加算(I)※3	所定単位数×9.2%				
	介護職員等処遇改善加算(II)※3	所定単位数×9.0%				
	介護職員等処遇改善加算(III)※3	所定単位数×8.0%				
	減算	事業所が送迎を行わない場合 ※4	-470 円/片道	-47 円/片道	-94 円/片道	-141 円/片道

☆ 送迎サービス・入浴サービスは基本サービス利用料金に含まれます。

☆ 契約者がいまだ要介護認定を受けていない場合及び居宅サービス計画が作成されていない場合には、要介護認定を受けた後に、それまで実施されたサービスの利用料金を遡って支払うこととします。

☆ ご契約者に提供する食事に要する費用は別途お支払いが必要となります。(下記(2) - ①参照)

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、介護保険法が改正された場合、ご契

約者の負担額を変更いたします。

- ☆ ※1については該当となるご利用者さまがでた場合に算定するものとし、個別の担当者を定め若年性認知症利用者の方の支援を促進します。
- ☆ ※2については条件を満たした時点で算定いたします。
- ☆ ※3については区分支給限度基準額の算定外となっております、条件を満たした時点で算定いたします。
- ☆ ※4については事業所で送迎を行わない場合、片道につき所定単位数から47単位が減算となります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

種類	内容	
① 食事の提供に要する費用	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当事業所では栄養とご契約者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ食堂で食べていただけるように配慮します。 ・ 昼食時間は12:00～13:00です。 	
	1回あたり料金	600円
② レクリエーション行事費用	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご契約者の希望により、レクリエーションや行事で明らかに費用がかかる場合、作業活動材料費・行事費用として実費をお支払いいただく事があります。 	
③ 複写物及び写真の交付	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご契約者は、サービス提供記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 	
	1枚につき	20円
	写真代	30円～
④ 日常生活上必要となる諸費用実費	<ul style="list-style-type: none"> ・ オムツ等、日常生活品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担していただくことが適当であるものに係る費用を負担していただきます。 	
	入浴用日用品費	50円/回
	紙おむつ代	120円
	尿取りパット代	30円
	ナプキン代	20円
	その他	実費
⑤ キャンセル料	ご契約者の都合でサービスを中止される場合、時間に応じてキャンセル料金として下記の料金をお支払い頂く場合があります。但しご契約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。	
	利用日の8時00分までに申し出があった場合	無料
	利用日の午前8時00分までに申し出がなかった場合	600円

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合変更の内容と変更する事由について、事前にご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月（月末締め）ごとに計算し、ご請求します。翌月10日ごろに請求書を発行しますので、月末までにお支払いください。

お支払い方法	自動引落し	郵便局	毎月16日にご指定の口座から引き落としとなります
		北門信用金庫	毎月20日にご指定の口座から引き落としとなります
		北空知信用金庫 (滝川支店)	
	口座振込み	指定口座へお振込みいただきます。 ※手数料はご負担頂くようになります。	

(4) サービスの中止、変更、追加

☆ 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気等の体調不良、及び感染症の恐れがある際には、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックで体調が悪いと判断した場合、サービス内容の変更又は中止をすることがあります。
- ③ 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。
- ④ 上記の関係では、状況に応じ、ご家族あるいは主治医等との密接な連携により対応させていただきます。

☆ 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ご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ご契約者に提示して協議します。

☆ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、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。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

☆ サービスを中止した場合、同週内であれば定員に余裕のある限り、ご希望日に振り替えることができます。

☆ 積雪等をはじめとする急な気象状況の悪化等によるやむを得ない事情についてサービスを伸縮することがあります。

5. サービスの利用に関する留意事項について

(1) 施設利用上の注意（契約書第11条参照）

- ① 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ② 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ 当事業所の職員や他の利用者に対し、暴言・暴力・ハラスメントなどの行為や物品等のやりとり、及び迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

- ④ ご自身の所有物（金銭・貴重品・身に着けてる物等）に関しては、基本的に自己管理して下さい。
- ⑤ 事業所内の喫煙スペース以外では喫煙できません。

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第16条参照）

- ① ご契約者がサービス提供地域外へ転居、施設入所、長期入院、死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 基本チェックリストにより介護予防生活支援サービス事業対象にならなかった場合
- ④ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ⑤ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑥ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑦ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑧ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第17条、第18条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合は、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（2）事業者からの契約解除の申し出（契約書第19条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、

故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合（サービス事業者や他利用者への暴言・暴力・ハラスメントなどの行為）

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第16条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口
担当者 管理者
〃 生活相談員
○受付時間 毎週月曜日～土曜日 ※日曜日及び12月31日～1月3日を除く。 8時30分～17時30分

※ご利用方法は、面接の他、電話でも受け付けます。

(TEL 0125-22-0294)

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・ 苦情があった場合は、直ちに生活相談員が相手方に詳しい事情を聞くとともに、担当介護員からも事情を確認する。
- ・ 生活相談員が必要であると判断した場合は、管理者を含めて検討会議を行い、その改善を図る。
(検討会議を行わない場合であっても、必ず管理者まで処理結果を報告する。)
- ・ 検討後、翌日までには必ず利用者に対して具体的な対応を行う。
(謝罪、改善方法等)
- ・ 記録を台帳化し、保管するとともに、再発防止の資料として役立てる。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

市町村介護保険相談窓口	所在地	滝川市 市役所介護保険係
	電話番号	0125-23-1234
	受付時間	9:00～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目
	電話番号	011-231-5161
	受付時間	8:30～17:00
北海道社会福祉協議会	所在地	札幌市中央区北2条西7丁目1番地
	電話番号	011-241-3976
	受付時間	9:00～17:00

8. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとお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置し、定期的を開催します。
- (2) 委員会の結果を従業員に周知徹底を行います。
- (3) 従業員に対し、虐待防止の為の研修を定期的実施します。
- (4) 虐待防止に関する担当者を選任します。

9. 身体拘束について

事業者は、利用者に対し身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。ただし、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、本人または家族に対して身体拘束の内容・理由・期間等を説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくため下記の取り組みを行います。

- (1) 身体拘束防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的を開催します。
- (2) 委員会の結果を従業員に周知徹底を行います。
- (3) 従業員に対し、身体拘束防止の為の研修を定期的実施します。

10. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

11. 非常災害対策について

事業所は、ご契約者の安全を確保するために、非常災害対策に関する取り組みを行います。

- (1) 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携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (2) 定期的（毎年2回以上）に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- (3) 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ます。
- (4) 災害対策に関する担当者（防火管理者）を選任します。

1 2. 衛生管理等について

- (1) 指定通所介護に施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて、保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 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 事業所における感染症の予防及びまん延防止の為の対策を検討する委員会を年2回以上開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底します。
 - ② 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ます。
 - ③ 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実施します。

1 3. 業務継続計画の策定等について

- (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。

1 4. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

・第三者評価 あり ・ なし

令和 年 月 日

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

ディサービス 土筆(つくし)

説明者職名 生活相談員

個人情報使用同意書

私は、介護保険法及び個人情報保護法に基づく守秘義務に対して、通所介護サービス及び介護予防通所介護サービス利用に際し、通所介護契約第10条第2項、または第3項に基づきサービスが円滑に提供されるため、サービス担当者会議等において、事業者が、契約者及びその家族の個人情報を提供することについて同意いたします。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

事業所の定める利用目的を理解したうえで介護保険事業所 土筆における広報誌や施設紹介、ホームページ等での写真（画像）の利用に同意をお願いしています。

同意する

・

同意しない