



重要事項説明書

～ 通所介護 ～

株式会社ソラスト
デイサービス ソラスト新長田

1. 事業者について

事業者名	株式会社ソラスト
代表者氏名	代表取締役社長 野田 亨
本社所在地	東京都港区港南2丁目15番3号 品川インターシティC棟12階
電話番号	03-3450-2610 (代表)
創業年月	1965年10月
事業内容	☐ 医療関連事業(業務受託・人材派遣・事務代行) ☐ 医療経営コンサルティング ☐ 教育事業 ☐ 医療関連出版物の刊行 ☐ 有料職業紹介事業 ☐ 福祉関連事業(介護・保育)

2. 事業所について

(1) 概要

事業所名	デイサービス ソラスト新長田
管理者氏名	南 優子
所在地	兵庫県神戸市長田区松野通3丁目3番3号 キャッツビル1階
電話番号	078-647-6311
介護保険指定番号	2014年11月1日指定 指定番号2870602824号
営業日及び営業時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時～午後5時まで
休日	日曜日、1月1日～1月3日
サービスを提供する 対象地域*	神戸市長田区全域、神戸市兵庫区一部地域、 神戸市須磨区一部地域

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 第三者評価実施状況

提供するサービスの第三者評価の実施状況は下記の通りです。

第三者評価の実施有無	無
評価実施日(直近)	—
実施評価機関名称	—
評価結果の開示状況	—

(3) 職員体制

管理者名	南 優子	
職種	職務内容	配置人数
管理者	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。	1名

生活相談員	利用申込にかかる調整、通所介護計画の作成等を行う。 利用者に対して日常生活上の介護その他必要な業務の提供にあたる。	営業日ごとに、 サービス提供時間に 応じて専従で1名以上
看護職員	利用者の心身の状況等を的確に把握し、 必要な日常生活上の介護や健康管理、 その他必要な業務の提供にあたる。	営業日ごとに1名以上
介護職員		平均提供時間に応じて 利用者の数が15人までは 1人以上、 それ以上の5又はその 端数を増すごとに1を 加えた数以上
機能訓練指導員	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。	事業所に1名以上

※上記人員は介護予防・日常生活支援総合事業を行っている場合は兼務になります。

(4) 設 備

定員	35名	静養室	1 室
食堂兼機能訓練室	1室 149, 475㎡	相談室	1 室
浴室	一般浴槽があります。	送迎車	5 台

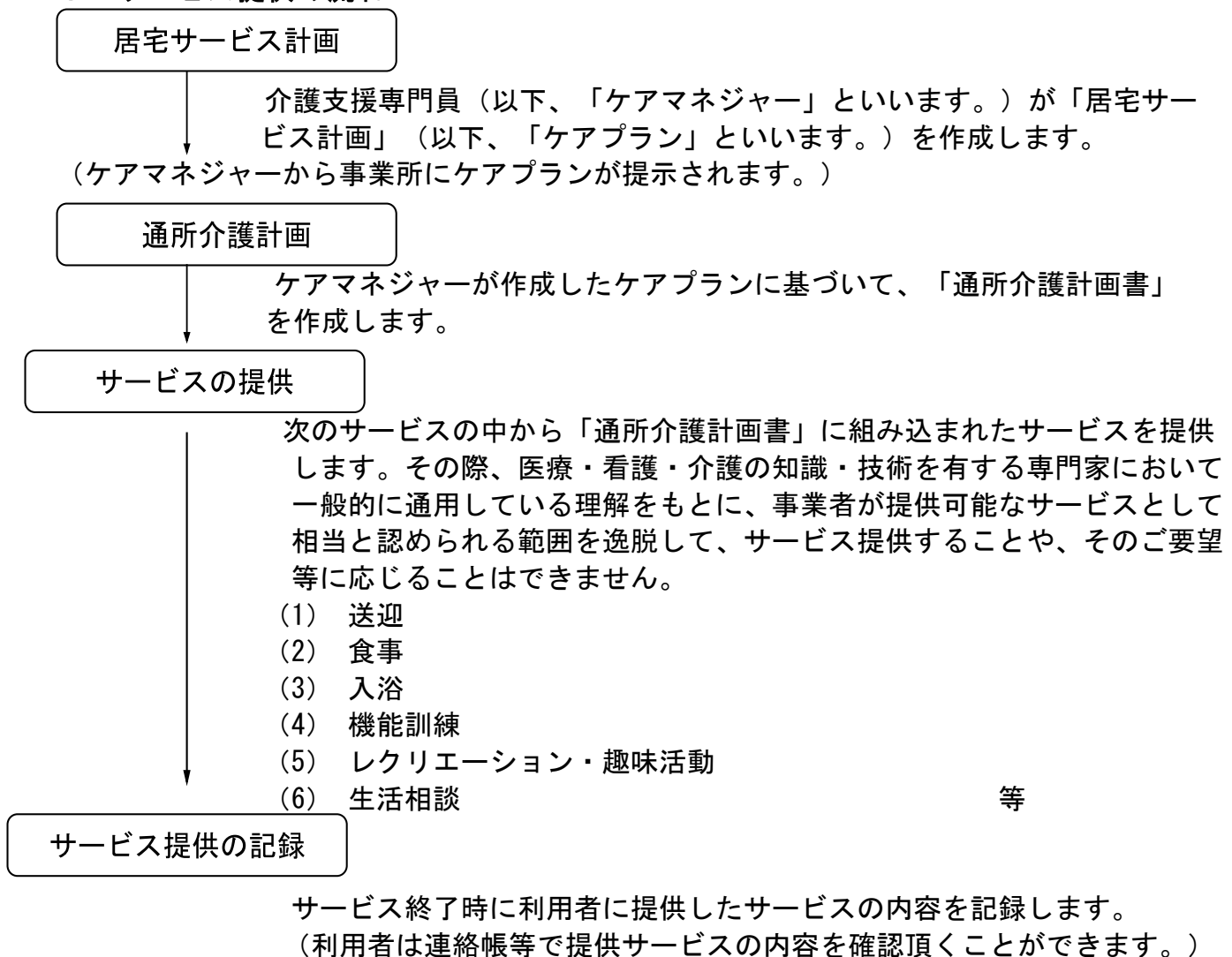
※上記設備は介護予防・日常生活総合事業を行っている場合は共用になります。

(5) 事業の目的および運営方針

事業の目的	株式会社ソラストが開設するデイサービス ソラスト新長田が行う通所介護事業の適正な運営を確保するため、人員および管理運営に関する事項を定め、事業所のサービス従事者が要介護状態にある高齢者等に対し、適正な通所介護サービスを提供することを目的とします。
-------	---

運営方針	1) 事業所のサービス従業者は、要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、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および心身機能の維持ならびに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。 2) 事業の実施にあたっては、市区町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービス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ものとします。
------	---

3. サービス提供の流れ



※介護支援専門員の開催するサービス担当者会議、その他事業者が遵守すべき運営基準等の法令や加算の要件となる各種の会議等（利用者またはその家族が参加するものを含む）において、感染防止や多職種連携促進の観点から、利用者の状態の変化等に留意しつつ、テレビ電話装置等を活用して実施する場合があります。

4. 利用にあたっての留意事項

(1) サービス利用について

- 1) 入浴室及び機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとでの使用をお願いいたします。

また、体調が思わしくない場合はサービス内容を変更する場合があります。

(2) 施設利用について

1) 設備、器具の利用

施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により、破損等が生じた場合には、賠償していただく場合がございます。

2) 喫煙

喫煙は所定の場所で行います。

3) 金銭、貴重品の管理

高額な金銭、貴重品のお持込はご遠慮下さい。紛失しても当施設では責任を負いかねます。

4) 政治的・宗教的な勧誘活動等

施設内での他の利用者に対する政治・宗教の勧誘活動および販売活動等はお断りしております。

5. 料金

(1) 利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として別紙「利用料金表（本重要事項説明書巻末）」のうち、「介護保険負担割合証」に記された自己負担割合に応じた金額をお支払いいただきます。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービスを利用した場合は全額自己負担になります。

(2) キャンセル料

利用者のご都合でサービスをキャンセルされる場合、別紙「利用料金表（本重要事項説明書巻末）」に記された金額をお支払いいただきます。

(3) 記録物の複写費

利用者の依頼により記録の複写を交付した場合、別紙「利用料金表（本重要事項説明書巻末）」に記された金額をお支払いいただきます。

(4) 支払方法

当月の利用料金の合計額を翌月20日までに請求しますので、翌月26日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に口座振替にてお支払いいただきます。

(5) 利用料金の変更

- 1) 事業者は、利用者に対して、介護報酬基準の改定等により利用料金の変更（増額または減額）を申し入れることができます。
- 2) 介護保険法令等の改正により介護報酬改定（加算等含む）及び消費税改定等があった場合は、改正後の変更に係る書面を通知することにより適用されるものとします。
- 3) 利用者は1の料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し文書で通知することにより、この契約を終了することができます。

6. 契約

(1) 契約の開始と期間

この契約の期間は、契約開始日から、利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。

ただし、契約期間満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。

契約期間満了の1週間前までに利用者から事業者に対して申し出のない限り自動更新されるものとします。

(2) 契約の終了

1) 利用者の都合で契約を終了する場合

契約の終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

2) 事業者の都合で契約を終了する場合

やむを得ない事情により、契約を終了させていただく場合は、終了1ヶ月前までに文書でご連絡します。

3) 自動的に契約を終了する場合

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了します。

- ・ 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立または要支援）と認定された場合
- ・ 被保険者が資格を喪失された場合（利用者が亡くなられた場合など）
- ・ 利用者が介護保険施設等に入所された場合
- ・ 最終サービス利用月から1年が経過した場合

4) その他特別な理由による契約終了の場合

① 次の事由に該当した場合は、利用者が文書にてお申し出いただくことにより、直ちに契約を終了することができます。

- ・ 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・ 事業者が守秘義務に反した場合
- ・ 事業者が利用者やその家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

② 次の事由に該当した場合は、文書で通知することによって、直ちに契約を終了させていただきます。

- ・ 利用者のサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず10日以内に支払われない場合
- ・ 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
- ・ 利用者の入院もしくは病気等により、2ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
- ・ 利用者の行動が他の利用者の生活または行動に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができない場合
- ・ 伝染性疾患により、他の利用者の生活または健康に影響を及ぼす恐れがあり、かつその必要がある場合
- ・ 利用者またはその家族から暴言・暴力・ハラスメント等があり、職員の心身に危害が生じ、または生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生または再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になった場合
- ・ その他、利用者またはその家族が事業者やサービス従事者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

7. 身元引受人について

- (1) 事業者は利用者の行為能力が低下もしくは喪失した場合、または事業者が必要であると認めた場合は身元引受人を求めます。
- (2) 身元引受人は以下の責務を負うこととします。
 なお、身元引受人は、本契約の全部に関し利用者を代理して締結する権限を利用者から与えられていることを表明し、保証します。また、身元引受人が本項に基づく表明および保証に違反した場合は、当該違反に起因または関連して発生した一切の損害（逸失利益、弁護士費用を含みます。）、損失および費用につき賠償および補償するものとします。
- 1) 介護方針を決定する場合の窓口となること
 - 2) 事業者との連絡調整の窓口となること
 - 3) サービス利用に関する必要な援助
- (3) 身元引受人は前項の責務のほか、この契約に基づく利用者の事業者に対する一切の債務につき、利用者と連帯して履行する責任を負います。
 その場合の身元引受人の負担は下記に記載する極度額を限度とします。
 (ア) 極度額 30万円
- (4) 前項の身元引受人が負担する債務の額は6.(2)の契約終了事由に該当した時に確定するものとします。

8. 虐待の防止・身体拘束の原則禁止について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等に努めます。
- (2) 事業所の利用者等からの苦情の相談窓口として、虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	南 優子
-------------	------

- (3) 高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めます。
- (4) 国および地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動および虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めます。
- (5) 高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市区町村または市区町村から委託を受けた地域包括支援センター等に報告・相談します。
- (6) 事業者は、高齢者虐待防止・身体拘束の原則禁止のため、スタッフに研修を実施します。
- (7) 事業者は、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を設立し、指針を作成します。
- (8) 事業者は、利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その理由、態様及び時間、その際の利用者の心身の状況を記録し、拘束解除にむけて取り組みます。

9. 身体拘束の禁止について

利用者は、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他、行動制限されることはありません。

やむを得ず身体拘束を行う場合には、身体拘束による心身の損害よりも、拘束をしないリスクの方が高い場合で、切迫性・非代替性・一時性の3要素全てを満たした場合のみ、利用者、代理人もしくは身元引受人への説明と同意を得て行います。

また、身体拘束を行った場合にはその状況についての記録経過の整備を行い、できるだけ早期に拘束を解除すべく努力します。

10. 秘密保持

- (1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者および家族に関する秘密を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が終了した後も同様です。なお、従業員が退職した場合においても、在職中に業務上知り得た利用者等の秘密を決して漏らしません。
- (2) 事業者は、サービスの提供に係る必要な業務を外部へ委託するために個人情報や預託する場合は、必要な契約を締結するとともに、預託する情報を必要最小限に留め、個人情報の厳格な管理・監督を行います。
預託する情報（例示）
事業者がサービスを行うために必要な氏名・住所・健康状態・病歴等利用者に関する情報や、緊急時の連絡等利用者の家族に関する情報
- (3) 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。
- (4) 事業者は、利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において当該家族の個人情報を用いません。

11. 緊急時の対応

事業者が利用者に対して行うサービスの提供中に利用者の容態が急変した場合等は、利用者との事前の打合せに従って、下表に記載された連絡先へ連絡・報告します。

主治医	医療機関			
	氏 名			
	電 話			
緊急 連絡先 ①	氏 名			利用者との 関係
	電 話		携帯	
緊急 連絡先 ②	氏 名			利用者との 関係
	電 話		携帯	

※連絡先が変更になった場合は、早急にご連絡下さい。

12. 事故発生時の対応

- (1) 事業者が利用者に対して行うサービスの提供中に事故が発生した場合には、利用者の所在する市区町村※、利用者のご家族、利用者に係わるケアマネジャー等に連絡・報告するとともに、必要な措置を講じるものとします。
※市区町村が定める事故報告取扱要領に基づき、報告します。
- (2) 事業者は、サービス提供時に事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、事業者が契約している損害保険会社の規約に則

り利用者に対してその損害額に応じた賠償をします。損害の発生につき、利用者に過失がある場合は、事業者は損害賠償額を免除または減額することができます。

(3) 事業者が契約する保険会社は、「東京海上日動火災保険株式会社」とします。

1 3. 非常災害対策

- ・ 設備 : 火災報知設備、消火器具等
- ・ 災害時の対応 : 初期消火、安全避難の確保
- ・ 防災訓練 : 年2回定期的に避難、救出その他、必要訓練を実施

1 4. ハラスメントの防止

事業者は、スタッフおよび利用者・家族との信頼関係のもと、互いに安心・安全な環境で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言動または優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業者等の就業環境が害されることを防止するため、方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

1 5. 衛生管理及び感染症予防・まん延防止等について

- (1) 介護職員等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) 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。
- (4) 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。
- (5) 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ます。
- (6) 感染症の予防及びまん延防止の観点から、予めご利用者やご家族に利用趣旨の説明をして同意を得た上で、テレビ電話等の通信機器を利用してサービス担当者会議等を遠隔で行う場合があります。

1 6. 業務継続計画について

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に実施します。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

1 7. 相談・苦情の窓口

(1) 事業所の相談窓口

事業所が提供するサービスについては、次の窓口で相談・苦情を承ります。
苦情があった場合、早急に事実を確認し、必要に応じた対応を行います。苦情に関する記録を台帳に保管し、再発防止に役立てます。

デイサービス ソラスト新長田 相談・苦情受付

担 当	南 優子（みなみ ゆうこ）
住 所	兵庫県神戸市長田区松野通3丁目3番3号 キャッツビル1階
電 話	078-647-6311
F A X	078-647-6156
受付時間	月曜日～土曜日 午前8:30～午後5:30

(2) 会社の相談窓口

ご利用の弊社の介護サービスについて、下記相談窓口にてご相談できます。

ソラスト 福祉相談センター	フリーダイヤル	0120-974-226
	メールアドレス	fukushi-sodan@solasto.co.jp

(3) その他の相談窓口

都道府県や市区町村の相談窓口にも相談や苦情を伝えることができます。

神戸市福祉局 監査指導課	住 所	神戸市中央区加納町6丁目5番1号 神戸市役所1号館6階
	受付時間	午前8時45分～午後12時 午後1時～午後5時30分（平日）
	電話番号	078-322-6326
	FAX番号	078-322-6762
要介護施設従業者等 による高齢者虐待 通報専用電話 （監査指導課内）	住 所	-
	受付時間	午前8時45分～午後12時 午後1時～午後5時30分（平日）
	電話番号	078-322-6774
	FAX番号	-
兵庫県 国民健康保険 団体連合会 （苦情相談窓口）	住 所	神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号
	受付時間	午前8時45分～午後5時15分（平日）
	電話番号	078-332-5617
	FAX番号	078-332-5650
神戸市 消費生活センター 契約についての相談	住 所	神戸市中央区橘通3丁目4番1号 神戸市立総合福祉センター5階
	受付時間	午前8時45分～午後5時15分（平日）
	電話番号	078-371-1221
	FAX番号	-
家庭内の高齢者虐待	住 所	お近くのあんしんすこやかセンター又は 区役所・支所あんしんすこやか係
	受付時間	
	電話番号	
	FAX番号	

18. 重要事項説明の年月日

年 月 日

上記内容について、「神戸市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例」の規定に基づき、利用者に重要な事項を説明し、本書を交付しました。

事業者

事業者名 株式会社ソラスト
 東京都港区港南2丁目15番3号
 品川インターシティC棟12階
 代表者名 代表取締役社長 野田 亨

事業所

事業所名 デイサービス ソラスト新長田
 兵庫県神戸市長田区松野通3丁目3番3号キャッツビル1階
 指定番号 2014年11月1日指定 指定番号2870602824号
 管理者名 南 優子 印
 説明者

私は、事業者から通所介護についての重要な事項の説明を受け、この内容に同意し、本書を受領しました。

利用者

氏 名 印

身元引受人【利用者との関係 】

氏 名 印

法定代理人【利用者との関係 】

※登記事項証明書の写しを添付すること

氏 名 印