

通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス） 契約書別紙（兼重要事項説明書）

当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人新発田市社会福祉協議会		
主たる事務所の所在地	〒957-0054 新発田市本町4丁目16番83号		
代表者（職名・氏名）	会長 山口 恵子		
設立年月日	昭和27年1月21日		
電話番号	0254-23-1000		

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	加治川デイサービスセンター		
サービスの種類	通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）		
事業所の所在地・電話番号	〒959-2415 新発田市住田501番地	0254-33-2280	
指定年月日・事業所番号	平成27年4月1日指定	1570600872	
通常の事業の実施地域	新発田市	定員	35人
営業日	1月1日から1月2日を除く毎日		
営業時間	8時30分～17時00分	サービス提供時間	9時40分～16時45分

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令、市町村の要綱等及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

サービス内容	おおむねの提供時間（帯）
送迎の提供	（迎）8時30分～9時40分（送）16時45分～18時00分
入浴の提供	9時50分～12時00分
口腔機能向上の取り組み	11時00分～15時00分
食事の提供	12時00分～13時00分
運動器機能向上の取り組み	14時00分～15時45分

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の人数	資格
管理者	1人	
生活相談員	1人以上	社会福祉主事等
看護職員	1人以上	看護師等
介護職員	5人以上	介護福祉士等
機能訓練指導員	1人以上	看護師等

6. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員	佐々木 麻子
管理責任者の氏名	管理者	伊藤 和子

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2～3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 介護予防通所介護相当サービスの利用料

【基本部分】

サービスの内容		基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金（自己負担1割の場合） ※（注2）参照
1週当たりの標準的な回数を定める場合（1月につき）	【事業対象者・要支援1】 （1月に5回以上利用）	17,980円	1,798円
	【事業対象者・要支援2】 （1月に9回以上利用）	36,210円	3,621円
1月当たりの回数を定める場合（1回につき）	【事業対象者・要支援1】 （1月に4回まで利用）	4,360円	436円
	【事業対象者・要支援2】 （1月に8回まで利用）	4,470円	447円

（注1）上記の基本利用料は、市町村が要綱等で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護予防サービス費等の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算・減算】

以下の要件を満たす場合、前記の基本部分に以下の料金が加算及び減算されます。

加算・減算の種類	加算・減算の要件	加算・減算額	
		基本利用料	利用者負担金（自己負担1割の場合）
口腔機能向上加算（Ⅰ）	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能向上サービスを行った場合（1回につき。月2回まで）	1,500円	150円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上、または勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上の場合（1月につき）※（注3）	【事業対象者・要支援1】	88円
		【事業対象者・要支援2】	1,760円
事業所が送迎を行わない場合	居宅と事業所間の送迎を行わない場合（片道につき）	-470円	-47円
介護職員処遇改善加算Ⅳ	当該加算の算定要件を満たす場合※（注3）	1月の利用料金の8.4%	左記額の1割

（注3）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき700円の食費をいただきます。
----	----------------------------------

(3) キャンセル料

あなたの都合で予定されているサービスの利用を中止（キャンセル）する場合、または、体調の急変などやむを得ない理由により利用を中止（キャンセル）する場合は、居宅介護支援事業所または当事業所まで、出来る限り早めにご連絡ください。なお、これにかかるキャンセル料は頂きません。

(4) 支払い方法

前記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、1ヶ月以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。※手数料は事業所が負担
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直後の平日)までに、事業者が指定する口座にお振り込みください。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先(家族等)	氏名(利用者との続柄)	
	電話番号	

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

11. 身体拘束の制限について

サービスの提供に当たっては、利用者の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為を実施しません。なお、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、ご家族に説明し、同意を得て、その態様及び時間、その際の身体状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとします。

12. 虐待防止について

事業者は、利用者の人権擁護、虐待の防止のため必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。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します。

13. 衛生管理等について

- (1) 事業に使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、衛生管理に十分留意いたします。
- (2) 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の開催、指針の整備、研修及び訓練を実施します。
- (3) 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。

14. 業務継続計画策定等について

(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い必要な措置を講じます。

- (2) 職員に対し、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に行います。
- (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。

15. 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。利用者及び家族等が職員へ故意に暴力や暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合は、サービス利用を一時中止もしくは契約を解除します。

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無	実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称		評価結果の開示状況	

17. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

苦情受付窓口	生活相談員 佐々木 麻子	電話番号 0254-33-2280
苦情解決責任者	センター長 伊藤 和子	FAX番号 0254-33-3384

(2) 第三者委員

氏名	連絡先	
小柳 龍史	新発田市中曾根2-9-14	電話番号 0254-24-7613
小野 伸子	新発田市大友699番地	電話番号 0254-25-3273

(3) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

新発田市役所	高齢福祉課	電話番号 0254-22-3030
新潟県国民健康保険団体連合会	介護サービス相談室	電話番号 025-285-3022

なお、上記苦情窓口の名称及び担当者等は変更されることがあります。

18. サービスの利用にあたっての留意事項

<p>サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。</p> <p>(1) サービス利用に先立って健康診断をしていただくことがあります。</p> <p>(2) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。</p> <p>(3) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。</p> <p>(4) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。</p> <p>(5) 伝染性疾患に罹患している場合や疾病、病状の悪化等により医師が利用困難と認めた場合、また、サービス利用に先立って行う健康チェックの結果によりサービス提供を行わないほうがよいと認められる場合、サービス提供を行うことができません。</p> <p>(6) サービス利用にあたり、指定の物品等を持参し、紛失しないよう氏名を記載するなどしてください。</p> <p>(7) 不必要な金品の持ち込みは、紛失などトラブル防止のため、おやめください。もし、無断で持ち込んだ金品を紛失した場合は、責任を負いかねます。</p> <p>(8) 日用品（オムツ・パット等）を貸出した場合、返却をお願いします。</p>
--

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 新潟県新発田市本町4丁目16番83号
 事業者名 社会福祉法人新発田市社会福祉協議会
 代表者職・氏名 会長 山口 恵子 印
 説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
 また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所
 氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）
 住所
 本人との続柄
 氏名 印