

通所介護事業

(契約書別紙 兼 重要事項説明書)

通所介護の提供開始にあたり、当事業所が説明すべき重要事項について次のとおりご説明いたします。

1. 事業者（法人）の概要

- ① 事業者名 社会福祉法人阿賀野市社会福祉協議会
- ② 所在地 阿賀野市姥ヶ橋669番地
- ③ 代表者 会 長 圓 山 知
- ④ 設立年月日 平成16年4月1日
- ⑤ 電話番号 0250-67-9203

2. ご利用事業所の概要

事業所の名称	阿賀野市デイサービスセンター 第二むすびの里	(介護保険事業者番号)			
		通所介護	1 5 7 2 1 0 0 5 2 5		
		県指定年月日 平成 16 年 4 月 1 日			
所在地	新潟県阿賀野市寺社甲208番地 1				
事業所責任者	管理者 波多野 圭子				
電話番号	0250 - 68 - 5885	利用定員	35 人 / 1 日		
営業日	12 月 31 日から翌年の 1 月 3 日を除く日				
営業時間	午前 8 時 30 分 から午後 5 時 45 分まで				
サービス提供時間	午前 8 時 45 分 から午後 4 時 00 分まで				
通常の事業の実施区域		阿賀野市全域			
従業者の体制	職 種	勤務形態・人数			
		常勤	非常勤	計	資 格
	生活相談員	1 人以上	人以上	1 人以上	介護福祉士 社会福祉主事
	看護職員 (機能訓練指導員兼務)	1 人以上	人以上	1 人以上	正看護師 准看護師
	介護職員	5 人以上	人以上	5 人以上	介護福祉士 介護職員初任者研修修了以上

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者に対し、介護保険法の理念に基づき適正なサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	利用者の意思及び人格を尊重し、常にその立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、要介護状態にある利用者が、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、心身機能の維持並びに生活機能の向上を図るとともに、利用者の家族の身体的負担の軽減を図れるものとします。

4. 提供するサービスの内容

「通所介護」で提供するサービスは、次のとおりです。

- ア. 食事の介護 イ. 入浴の介護 ウ. 排泄の介護 エ. 健康チェック
- オ. 日常生活動作の機能訓練 カ. その他、相談及び助言等事業に関するサービス

5. 業務取り扱い方針

通所介護事業

居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画」と、私たちの作成する「通所介護計画」に従い、通所介護を提供します。

また、計画の作成後、当該介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該介護計画の変更を行います。

6. 管理責任者及び担当職員

あなたが利用されるサービス事業所の管理者及び担当職員は下記の者です。
サービス利用にあたり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。

○管理責任者 氏 名 波多野 圭子 (管理者)

○担当職員 氏 名 前 田 純：山 際 雅 紀：花 野 千 穂 (生活相談員)

7. 利用料金

このサービスを利用するにあたって、あなたにご負担していただく料金は、原則として次の利用料の1割、2割又は3割です。

なお、この利用料は介護保険の法定利用料金に基づく金額であり、これが改正された場合は、この利用料金も自動的に改正されます。その場合には、改正された利用料金を事前に書面でお知らせします。

また、介護保険料給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、超えた額の全額をご負担いただきますのでご注意ください。

① 基本料金

利用時間 要介護状態区分	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要 介 護 1	3,880 円／1回	5,700 円／1回	5,840 円／1回	6,580 円／1回
要 介 護 2	4,440 円／1回	6,730 円／1回	6,890 円／1回	7,770 円／1回
要 介 護 3	5,020 円／1回	7,770 円／1回	7,960 円／1回	9,000 円／1回
要 介 護 4	5,600 円／1回	8,800 円／1回	9,010 円／1回	10,230 円／1回
要 介 護 5	6,170 円／1回	9,840 円／1回	10,080 円／1回	11,480 円／1回

② ア. 加算料金

加 算 項 目		加 算 料 金	
入浴介助加算	(Ⅰ)	400 円／1日	いずれかの加算
	(Ⅱ)	550 円／1日	
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	220 円／1回	
	(Ⅱ)	180 円／1回	
	(Ⅲ)	60 円／1回	
個別機能訓練加算 (Ⅰ)	イ	560 円／1日	
	ロ	850 円／1日	
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	※個別機能訓練加算 (Ⅰ)を算定している方		200 円／月
科学的介護推進体制加算			400 円／月

イ. 介護職員等処遇改善加算

加 算 項 目		加 算 料 金	
介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	所定の単位数の92／1000 加算	いずれかの加算
	(Ⅱ)	所定の単位数の90／1000 加算	
	(Ⅲ)	所定の単位数の80／1000 加算	
	(Ⅳ)	所定の単位数の64／1000 加算	

ウ. 送迎減算

送迎を行わない場合には、減算いたします。…片道1回あたり47円

③ これ以外に実費を要した場合には、別途ご負担いただきます。

○ 昼食代 (食材料費・調理費・おやつ代込み) …1食あたり700円

(当日の朝9時以降に利用を中止されると、昼食代をいただく場合があります。)

○ おむつ、尿取りパット等ご使用の場合は、使用枚数×実費額をいただく場合があります。

【利用者負担金の算定例】（介護度が変更になった場合、●の基本料金が変わります。）
あなたの契約期間の利用者負担金は、おおむね次のとおりです。

	利用者負担金 (割)	回数	利用者負担金 (1ヶ月)	備 考
●通所介護（時間帯）	円		円	
入浴介助加算（ ）	円		円	1日 円
サービス提供体制強化加算（ ）	円		円	1回 円
介護職員等処遇改善加算（ ）	円		円	
個別機能訓練加算Ⅰ（ ）	円		円	1日 円
個別機能訓練加算Ⅱ	円		円	1ヶ月定額
科学的介護推進体制加算	円		円	1ヶ月定額
実費負担(昼食代)	円		円	1食 700円
実費負担(その他)	円		円	全額負担
合 計	円		円	

※ 詳しく確認されたい時は、担当職員又は、担当の介護支援専門員にご連絡ください。

8. 支払方法

利用料金は、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。

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28日(祝休日の場合は翌日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。 (領収書は翌月の請求書と同封します。)
現金支払い	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直前の営業日)までに、原則として利用事業所の窓口でお支払いください。

9. 緊急時の対応

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、速やかに主治医に連絡を行う等、救急搬送を含め必要な措置を講じます。

10. 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、介護支援専門員等及び必要により市町村等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により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。

11. 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。

苦情解決責任者	事業所管理者 波多野 圭子
苦情受付担当者	生活相談員 前田 純：山際 雅紀：花野 千穂
連絡先電話番号	0250-68-5885

- ② 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事ができます。

阿賀野市役所高齢福祉課	0250-61-2475
新潟県国民健康保険団体連合会	新潟県自治会館内
	025-285-3022 (苦情処理直通)

12. サービスの利用にあたっての留意事項

- ① 複数の方が同時にサービスを利用されますので、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- ② 体調管理上、必要と認められる場合を除き食べ物の持ち込みは出来ません。
- ③ 持参される持ち物には、必ず記名をお願いします。
無記名の場合、ご本人とご相談の上デイサービスで記名する場合があります。
- ④ 事業所職員に対して、贈り物、飲み物等の提供はお断りいたします。
- ⑤ 体調の変化等により、サービスの利用を中止される場合は、出来るだけ早めに連絡をお願いします。

13. 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。

14. 虐待防止に関する事項

事業者は、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、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 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 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。
- ③ 虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に開催します。

虐待防止に関する責任者 管理者 波多野 圭子

虐待防止に関する窓口 生活相談員：前 田 純：山 際 雅 紀：花 野 千 穂

15. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組		(有)	無
新潟県福祉サービス第三者による評価の実施	有 (無)	結果の公表	有 無
その他の機関による第三者評価の実施	有 (無)	結果の公表	有 無

(令和 年 月 日)

サービスの提供に先立って、上記のとおりご説明いたしました。

令和 年 月 日

(事業者)

所在地 阿賀野市姥ヶ橋669番地
事業者名 社会福祉法人阿賀野市社会福祉協議会
代表者 職・氏名 会 長 圓 山 知 印
説明者 職・氏名
職名 氏名 印

上記の内容について説明を受け、同意します。又、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。

上記契約の証として、本契約書を2通作成し、又利用者及び事業者記名押印のうえ、それぞれ1部ずつを保有します。

(利用者) ご住所 阿賀野市
お名前 印

利用者の意思を尊重し、代理人として上記の説明を受け、同意します。
又、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。

(代理人) ご住所 阿賀野市
お名前 (続柄：) 印