

介護予防・日常生活支援総合事業

(第1号通所事業 契約書別紙 兼 重要事項説明書)

通所型サービス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)			
		介護予防・日常生活支援総合事業		1572100525	
		市指定年月日		平成 30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 (生活相談員兼務)				
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	要支援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	第1号通所事業（通所介護現行相当）は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援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回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

4. 提供するサービスの内容

「通所型サービス」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. 運動器の機能向上サービス
キ. 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

第1号通所事業（通所介護現行相当）
介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス・支援計画表」に従い、通所型サービスを提供します。
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 第1号通所事業（通所介護現行相当） 基本料金

利用時間 要介護状態区分	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
事業対象者	1回/週利用の方17,980円/1ヶ月 2回/週利用の方36,210円/1ヶ月		
要 支 援 1	17,980 円／1 ヶ月		
要 支 援 2	36,210 円／1 ヶ月		

② 第1号通所事業（通所介護現行相当） 加算料金

ア. サービス体制強化加算について

加 算 項 目		加 算 料 金		
サービス提供体制 強化加算	Ⅰ	要支援 1	880 円／ 1 ヶ月	いずれか の加算
		要支援 2	1,760 円／ 1 ヶ月	
	Ⅱ	要支援 1	720 円／ 1 ヶ月	
		要支援 2	1,440 円／ 1 ヶ月	
	Ⅲ	要支援 1	240 円／ 1 ヶ月	
		要支援 2	480 円／ 1 ヶ月	

イ. 介護職員等処遇改善加算について

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. 科学的介護推進体制加算 … 1 ヶ月 400円

エ. 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
▲第 1 号通所型事業	円		円	1ヶ月定額利用料
サービス提供体制強化加算 ()	円		円	1ヶ月定額利用料
介護職員等処遇改善加算 ()	円		円	
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	
	円		円	
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、介護支援専門員等又は地域包括支援センター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	0 2 5 0 - 6 8 - 5 8 8 5

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	0 2 5 0 - 6 1 - 2 4 7 5
新潟県国民健康保険団体連合会	新潟県自治会館内
	0 2 5 - 2 8 5 - 3 0 2 2 (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いたします。
- 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、必ず記名をお願いいたします。
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いたします。

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。
- ④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を把握する取組		<u>有</u>	無
新潟県福祉サービス第三者による評価の実施	有 <u>無</u>	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 <u>無</u>	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