

## 介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所事業契約書別紙（兼重要事項説明書）②

\_\_\_\_\_様（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者  
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 希望の家               |
| 主たる事務所の所在地 | 〒376-0101 みどり市大間々町大間々22-4 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長                       |
| 設立年月日      | 昭和 51 年 6 月 2 日           |
| 電話番号       | 0277-73-2605              |

### 2. ご利用事業所の概要

|             |                        |            |
|-------------|------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称   | デイサービスのぞみの苑            |            |
| サービスの種類     | 介護予防通所介護相当サービス         |            |
| 事業所の所在地     | 〒376-0011 桐生市相生町 5-493 |            |
| 電話番号        | 0277-54-9536           |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成 28 年 4 月 1 日        | 1070300452 |
| 実施単位・利用定員   | 1 単位                   | 定員 30 人    |
| 通常の事業の実施地域  | 桐生市、みどり市               |            |

### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |   |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要支援状態等である利用者が、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、介護予防通所介護相当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

第一号通所事業は、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、排泄、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を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

|          |   |
|----------|---|
| 営業日      | 月曜日から土曜日まで<br>ただし、年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。          |
| 営業時間     | 午前8時30分から午後5時30分まで                                  |
| サービス提供時間 | 午前9時00分から午後5時00分まで<br>サービス提供時間を超えての延長サービスは対応していません。 |

#### 6. 事業所の職員体制

| 従業者の職種             | 勤務の形態・人数                |
|--------------------|-------------------------|
| 管理者                | 非常勤1人                   |
| 生活相談員              | 常勤2人以上（うち1人以上は常勤専従）     |
| 看護職員（機能訓練指導員兼務）    | 常勤1人及び非常勤1人以上           |
| 看護職員               | 非常勤3人                   |
| 介護職員（生活相談員兼務1人含む。） | 常勤4人及び非常勤4名（常勤換算4.0人以上） |
| 歯科衛生士              | 非常勤2人                   |
| 管理栄養士              | 非常勤2人                   |
| 調理員                | 常勤1人                    |
| 送迎運転手              | 非常勤1人                   |

介護予防通所介護相当サービス事業者は、全ての介護予防通所介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講ずるものとする。また、業務の執行体制についても検証、整備する。

- ① 採用時研修 採用後3ヵ月以内
- ② 継続研修 年1回以上

## 7. サービス提供の担当者

利用者へのサービス提供の担当職員（生活相談員）及び管理責任者（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 |
| 管理責任者の氏名 | 管 理 者 |

## 8. 利用料

利用者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、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、65歳以上の方のうち、一定以上の所得がある方については、3割となる場合があります。

また、介護保険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。なお、介護保険料滞納による支給制限対象者につきましては、3割負担となります。

但し、介護保険負担割合証の負担割合が3割の支給制限対象者につきましては、4割負担となります。

### (1) 第一号通所事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料【基本部分】

| 利用者の要介護度      | 基本利用料              | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) | 利用者負担<br>(3割) |
|---------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| 事業対象者<br>要支援1 | 17,980円<br>(1月につき) | 1,798円        | 3,596円        | 5,394円        |
| 事業対象者<br>要支援2 | 36,210円<br>(1月につき) | 3,621円        | 7,242円        | 10,863円       |

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示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定されます。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。

【加算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類                     | 加算の要件  | 加算額       |       |      |      |
|---------------------------|--|-----------|-------|------|------|
|                           |  | 基本<br>利用料 | 利用者負担 |      |      |
|                           |  |           | 1割負担  | 2割負担 | 3割負担 |
| 口腔機能向上<br>加算              | 口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合                       | 1,500円    | 150円  | 300円 | 450円 |
| 口腔・栄養<br>スクリーニング<br>加算(Ⅱ) | 利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者の介護支援専門員に提供を行った場合。(6月に1回につき) | 50円       | 5円    | 10円  | 15円  |

|                 |                         |                                   |         |       |       |       |
|-----------------|-------------------------|-----------------------------------|---------|-------|-------|-------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合 | 事業対象者<br>・要支援 1                   | 880 円   | 88 円  | 176 円 | 264 円 |
|                 |                         | 事業対象者<br>・要支援 2                   | 1,760 円 | 176 円 | 352 円 | 528 円 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）※ |                         | 基本サービス費に各事業加算を加えた総額に加算率 9.2%を乗じた額 |         |       |       |       |

※のついた加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます。

【減算】 以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

| 減算の種類   | 減算の要件                                    |                           | 減算額               |        |          |          |
|---------|--|---------------------------|-------------------|--------|----------|----------|
|         |  |                           | 基本<br>利用料         | 利用者負担  |          |          |
|         |  |                           |                   | 1割負担   | 2割負担     | 3割負担     |
| 同一建物減算  | 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から違う者に対し指定通所介護を行った場合 | 事業対象者<br>・要支援 1           | △3,760 円          | △376 円 | △752 円   | △1,128 円 |
|         |  | 事業対象者<br>・要支援 2           | △7,520 円          | △752 円 | △1,504 円 | △2,256 円 |
| 送迎未実施減算 | 利用者に対して居宅と事業所との送迎を行わない場合                 | 事業対象者<br>・要支援 1<br>・要支援 2 | △470 円<br>(片道につき) | △47 円  | △94 円    | △141 円   |

## (2) その他の費用

|          |  |
|----------|--|
| 食事代      | 食事の提供を受けた場合、1回につき 595 円の食費をいただきます。   |
| 介護用品代    | 介護用パンツ、尿とりパッド等の提供を受けた場合については、費用の実費をいただきます。   |
| レクリエーション | 利用者の希望によって提供するレクリエーションについては、費用の実費をいただきます。  |
| その他      | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の周り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

## (3) キャンセル料

利用日当日の午前 8 時 30 分までにご連絡がなく、欠席された場合は、590 円（昼食費相当）のキャンセル料をいただきます。

## (4) 支払い方法

上記 (1) (2) (3) の利用料（利用者負担分の金額）は、1 か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については、利用者負担金の支払いを受けた後、現金払いについては随時、口座引き落としについては入金確認後1か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 | (口座からの引き落としの場合)<br>サービスを利用した月の翌月の27日(土日祝の場合は直後の平日)に、利用者が指定する口座より引き落とします。     |
|         | (口座からの引き落としの場合)<br>サービスを利用した月の翌々月の12日(土日祝の場合は直後の平日)に、利用者が指定する下記の口座より引き落とします。 |
| 現金払い    | サービスを利用した月の翌月の末日(土日祝の場合は直後の平日)までに、現金でお支払いください。                               |

## 9. 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 職名 生活相談員

(2)成年後見制度の利用を支援します。

(3)苦情解決体制を整備しています。

(4)従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(5)虐待防止委員会を設置しています。

(6)サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

## 10. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。但し、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる時は、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、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、理由及び様態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の取り組みを積極的に行います。

(1)緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。

(2)非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

(3)一時性・・・利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 1 1. 秘密の保持と個人情報の保護について

### (1)利用者及びその家族に関する秘密の保持について

①事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

②事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても、継続します。

④事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者ある期間及び従業者でなくなった後においても、その保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

### (2)個人情報の保護について

①事業者は、利用者から予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。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

②事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。

（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

## 1 2. 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<br>氏名<br>所在地<br>電話番号             |  |
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏名（利用者との続柄）<br>住所<br>電話番号<br>携帯電話<br>勤務先 |  |

### 1 3. 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、担当の地域包括支援センター等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対するサービスの提供又は送迎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。

|                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 【市町村の窓口】                    |                                  |
|                             | 所在地<br>電話番号 / FAX 番号             |
|                             | 所在地                              |
| 【地域包括支援センター】<br>【居宅介護支援事業所】 | 事業所名<br>所在地<br>電話番号<br>担当介護支援専門員 |

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

|              |       |  |
|--------------|-------|--|
| 損害賠償<br>責任保険 | 保険会社名 |  |
|              | 保険名   |  |
| 自動車保険        | 保険会社名 |  |
|              | 保険名   |  |

### 1 4. 非常災害対策

①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職名 事務主任

②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。

③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年2回 11月・3月）

### 1 5. 衛生管理等

①介護予防通所介護相当サービスの用に供する施設、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事業において感染症が発生又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

i) 事業所における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概ね6月に1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ています。

ii) 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ています。

iii) 事業所における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。

## 16. 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、利用者に対する介護予防通所介護相当サービスの提供を継続的に実施するため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、必要な措置を講じます。
- ③従業者に対し、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。

## 17. ハラスメントについて

事業所は、全ての介護予防通所介護相当サービス従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとする。

また、従業者の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備する。

## 18. 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。

|         |                                     |
|---------|-------------------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 0277-54-9536<br>面接場所 当事業所の相談室等 |
|---------|-------------------------------------|

- (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ことができます。

|        |  |             |
|--------|--|-------------|
| 苦情受付機関 |  | 住 所<br>電話番号 |
|        |  | 住 所<br>電話番号 |

## 19. 第三者による評価の実施状況

|               |      |       |  |
|---------------|------|-------|--|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日   |  |
|               |      | 評価機関名 |  |
|               |      | 評価の開示 |  |
|               | 2 なし |       |  |

## 20. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスを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。

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスが利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所又は担当の地域包括支援センター等の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

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

|     |          |                    |
|-----|----------|--------------------|
| 事業者 | 所在地      | 群馬県みどり市大間々町大間々22-4 |
|     | 事業者（法人名） | 社会福祉法人 希望の家        |
|     | 代表者職・氏名  | 理事長 印              |

|  |             |   |
|--|-------------|---|
|  | デイサービスのぞみの苑 |   |
|  | 説明者職・氏名     | 印 |

私は、事業者より上記の重要事項の説明を受け、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 |

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 立会人 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |