

通所介護・生きがい対応型通所サービス・高齢者活動支援サービス

契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、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 松原福祉会
主たる事務所の所在地	〒856-0009 大村市松原本町274番地
代表者（職名・氏名）	理事長 山下俊忠
設立年月日	平成10年 10月 27日
電話番号	0957-56-2378

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	老人デイサービスセンター 松原のさと	
サービスの種類	通所介護・生きがい対応型通所サービス・高齢者活動支援サービス	
事業所の所在地	〒856-0009 大村市松原本町274番地	
電話番号	0957-56-2378	
指定年月日・事業所番号	平成11年 3月 1日指定	4207500285
通常の事業の実施地域	大村市、東彼杵町 （総合事業は大村市のみ）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援及び事業対象者にある利用者が、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、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	1.通所介護等の提供に当たっては、通所介護計画等に基づき、利用者の日常生活動作及びその者が日常生活を営む上で必要な援助を行います。 2.通所介護等の提供に当たっては、親切丁寧に行うことを趣旨とし、利用者又その家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。 3.サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。 4.通所介護事業所は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、日常生活動作その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供する。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に応じたサービスの提供ができるよう体制を整えます。
基本理念	事業所は、家庭的な雰囲気と、清潔、安全な環境の下で、その有する能力及び個性に応じたきめ細やかで思いやりのある介護を行い、自由と期待の有る豊かな老後生活へと導けるよう努めます。

基本方針	1.いつでも、より親切で優しく丁寧な対応を心掛けるとともに、お客様との対話を常に絶やさないよう心掛けます。 2.利用者が安心して過ごせるように、安全な環境整備とプライバシーの保持に努めます。 3.専門性を追求し、質の高い援助実践を目指します。 4.利用者、家族、住民との協力関係を強め、信頼される施設運営に努めます。
------	---

4. 提供するサービスの内容

通所介護・生きがい対応型通所サービス・高齢者活動支援サービスは、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。

（１）健康管理に関すること

活動前に健康チェックを行います。

（２）身体介助に関すること

日常生活動作の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。

（３）入浴に関すること

家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴介助を提供します。

（４）食事に関すること

給食を希望する利用者に対して、必要な食事サービスを行います。

（５）機能訓練に関すること

利用者が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ならびに利用者の心身の活性化を図るための各種サービスを提供します。

（６）口腔機能に関すること

口腔機能が低下しているか、または低下しているおそれがある者に対して、摂食・嚥下機能の低下を防止するため、対象者が自宅において口腔清掃や口腔機能の向上のための訓練ができるように適切に指導します。

（７）送迎に関すること

障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者については送迎サービスを行います。

（８）相談、助言に関すること

利用者及び家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

- ①疾病や障害に関する理解を深めるための相談、助言
- ②日常生活動作や具体的な介護方法に関する相談、助言
- ③自助具や福祉機器、居住環境の整備に関する相談、助言
- ④その他生活全般にわたる必要な相談、助言

5. 営業日時

（１）通所介護

営業日	月曜日から土曜日まで。ただし、年末年始（12月31日から1月2日）及びお盆（8月15日から8月16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10分まで。 個別計画プランで対応

（２）生きがい対応型通所サービス

営業日	月曜日から土曜日まで。ただし、年末年始（12月31日から1月2日）及びお盆（8月15日から8月16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30分から午後3時00分まで

(3) 高齢者活動支援サービス

営業日	月・火・水・木・金ただし、祝祭日、年末年始（12月30日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月16日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後4時30分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後3時00分まで

6. 利用定員

(1) 通所介護、生きがい対応型通所サービス

曜日	月	火	水	木	金	土	日
定員	35	35	30	35	35	30	休

(2) 高齢者活動支援サービス

曜日	月	火	水	木	金	土	日
定員	10	10	10	10	10	休	休

7. 事業所の職員体制

(1) 指定通所介護および生きがい対応型通所サービスおよび高齢者活動支援サービス

(1) 指定通所介護および生きがい対応型通所サービス

職 種	総数	兼 務
管 理 者	1	居宅介護支援センター・有料老人ホーム管理者
生 活 相 談 員	1 以上	介護職員
看 護 職 員	1 以上	機能訓練指導員
介 護 職 員	5 以上	生活相談員・高齢者活動支援サービス従業者
機能訓練指導員	1 以上	看護職員

(2) 高齢者活動支援サービス

職 種	総数	兼 務
管 理 者	1	居宅介護支援センター・有料老人ホーム管理者
高齢者活動支援サービス従業者	1 以上	通所介護・生きがい対応型通所介護の介護職員

8. 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及びその管理責任者は下記のとおりです。

担 当 職 員 の 氏 名	生活相談員 伊東佐智子・川内六美
管 理 責 任 者 の 氏 名	管 理 者 馬場 美嘉子

9. 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)通所介護の利用料

【基本部分：通所介護費（通常規模型）】

①指定通所介護事業は1単位10円です。

介護度	3時間以上 4時間未満	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	7時間以上 8時間未満	2時間以上 3時間未満
要介護1	370	388	570	584	658	669	272
要介護2	423	444	673	689	777	791	311
要介護3	479	502	777	796	900	915	351
要介護4	533	560	880	901	1023	1041	392
要介護5	588	617	984	1008	1148	1168	432

介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額とする。

※1、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。

※2、上記本文にも記載のとおり、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】

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	単位(月単位)
入浴介助加算	I	当該加算の要件を満たし、入浴を行った場合	40単位
	II	当該加算の要件を満たし、入浴を行った場合	55単位
個別機能訓練加算	I(イ)	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合	56単位
	I(ロ)		76単位
認知症加算		当該加算の体制・人材要件を満たし、要介護の利用者全体の20%が生活自立度Ⅲ以上の場合に加算	60単位
中重度者ケア体制加算		当該加算の体制・人材要件を満たし、要介護の利用者全体の30%以上が要介護3～5の場合	45単位
サービス提供体制強化加算Ⅱ (注2)		当該加算の体制・人材要件を満たす場合	18単位
介護職員処遇改善加算Ⅰ (注3)		当該加算の算定要件を満たす場合 1月の利用料金の加算率を乗じて計算する	加算率9.2%

(注2)(注3)は、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。

(注3)は、基本部分＋各種加算減算の算定合計にそれぞれの加算率を乗じて小数点以下を四捨五入し算出されます。

(2) 総合事業要支援の利用料

【基本部分：生きがい対応型】

① 日常生活支援総合事業「生きがい対応型通所サービス」 <1 単位 10 円です>

利用者の要介護度	単位（※1）
要支援1・事業対象者（1回につき 1月の中で全部で4回まで）	436単位
要支援1・事業対象者（1月利用の場合）	1,798単位
要支援2（1回につき 1月の中で全部で5回から8回まで）	447単位
要支援2（1月利用の場合）	3,621単位

【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（概要）		月単位
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	当該加算の体制・人材要件を 満たす場合（注2）	要支援1	72単位
		要支援2	144単位
介護職員 処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合（注3）		加算率9.2%

（注2）（注3）は、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。

（注3）は、基本部分+各種加算減算の算定合計にそれぞれの加算率を乗じて小数点以下を四捨五入し算出されます。

② 大村市日常生活支援総合事業における市独自基準の通所型サービス「高齢者活動支援サービス」 1 <1 単位 10 円です>

区分			単位（※2）
通所型サービス費 （独自）	1回につき（月4回まで）	週1回程度	382単位
	1回につき（月8回まで）	週2回程度	382単位

※1 この利用単位には、処遇改善加算Ⅰの9.2%が含まれています。

- ・上記の単位は、厚生労働省老健局事務及び大村市が設定したものであり、これが改定された場合は、これらの単位も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい単位を書面でお知らせします。
- ・区分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。

上記①・②の算定について

※原則、月額包括報酬による算定とする。

※月額包括報酬による算定ではなく、回数による算定も個別の事情により認めることとする。

※厚生労働省老健局事務連絡「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（確定版）資料9 月額包括報酬の日割り請求にかかる適用（以下「日割り請求にかかる適用」という。）に準じた取扱いとすることとし、日割り請求にかかる適用に該当する場合には、回数による算定とする。

※運営規程に定める営業日及び営業時間以外の事業所都合によるサービスの未実施があった月については、サービス実施分のみを回数による算定とする。ただし、利用者との同意のもとで未実施のサービスを同月内に振り替えて行った場合及び回数による算定を行うことで月額報酬単価を超える場合については、月額包括報酬による算定とする。

(3) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき630円の食費をいただきます。
おむつ等	おむつ等の提供を受けた場合、1枚30～100円程度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回り品など）について、費用の実費をいただきます。

(4) キャンセル料

利用日の3日未満に利用者からのキャンセルがあった場合は、給食費の60%を徴収する。
ただし、キャンセル期日前の変更、利用者の容体の急変・緊急など、やむをえない事情で入院する場合、また昼食の提供が予定にない方のキャンセル料は不要とする。

(5) 支払い方法

上記(1)から(4)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、5日以内に差上げます。

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16日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定するJAバンク口座より引き落とします。
銀行振り込み	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平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 口座名 ①十八親和銀行 竹松支店 普通口座 1261783 名義: 社会福祉法人松原福祉会 理事長 山下俊忠 口座名 ②JAバンク 長崎県農業協同組合大村北支店 普通口座 0005959 名義: 老人デイサービスセンター松原のさと 理事長 山下俊忠
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(休業日の場合は直前の営業日)までに現金でお支払いください。

10. 災害時における対応方法

災害時においては、「社会福祉法人松原福祉会防火管理規定」及び「消防計画」など規定に基づき、利用者の安全確保に努めます。

非常時の対応	別途定める消防計画に沿って対応いたします。	
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画に沿って年2回避難訓練を実施します。	
	設 備 名 称	個数等
	自動火災報知機	あり
	誘 導 等	2ヶ所
	消 火 器	3 個
	ガス漏れ探知機	1ヶ所
	カーテンは、防災性能のあるものを使用しています。	
消防計画等	大村消防署への届出 防火管理者 川内六美	

11. 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。

緊 急 連 絡 先

主治医	院 名		主治医		TEL	() -
	院 名		主治医		TEL	() -
ご家族	氏 名		続柄		TEL	() - () -
	氏 名		続柄		TEL	() - () -

12. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合には、速やかに市町村・当該ご家族及び当該居宅介護支援事業所に連絡を取ると共に、必要な処置を講じます。また事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (2) サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。
- (3) 前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。
- (4) 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

13. 苦情相談窓口

- (1) 利用者からの相談または苦情等に関する常設の窓口

※ 担当者 管理者 または、生活相談員

※ 電話 0957-56-2378 FAX 0957-56-2379

※ 受付時間 午前9時30分～午後5時

- (2) 苦情処理の体制

円滑且つ迅速に苦情を解決するため、サービスの苦情の受付、協議、解決の体制として次の各項にさだめる者を配置しています。

※ 苦情解決責任者 管理者 馬場 美嘉子

※ 苦情受付責任者 生活相談員 伊東佐智子・川内六美

※ 苦情受付担当者 福祉サービス利用者が苦情の申し出をしやすい環境を整えるため、職員全員が担当します。

- (3) 苦情解決の方法

- ① 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより随時受け付けています。尚、玄関に目安箱を設置しておりますので投稿して頂いても結構です。

- ② 苦情の受付・報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を施設長に報告いたします。

- ③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情内容により職員の立会いを求めることがあります。

- ④ 事業所で解決できない苦情は、下記(2)に相談できます。

- ⑤ 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 0957-56-2378
	面接場所 当事業所の相談室

(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	大村市長寿介護課	電話番号 0957-20-7301
	大村市地域包括支援センター	電話番号 0957-53-8141
	長崎県国民健康保険団体連合会	電話番号 095-826-1599
	長崎県社会福祉協議会	電話番号 095-824-6410
	長崎県長寿社会課	電話番号 095-895-2436

14. 虐待発生時の対応

虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号にあげる措置を講じなければならない。

- (3) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（ＴＶ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図るものとする。
- (4) 事業所に於ける虐待防止のための指針を整備するものとする。
- (5) 事業所において、従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に年 1 回以上実施し、これを適切に実施するための担当者を選任しなければならない。

15. サービスの利用にあたっての留意事項

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。

- (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。

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	長崎県大村市松原本町274番地
事業者		社会福祉法人松原福祉会
代表者職・氏名	理事長	山下俊忠
事業所		老人デイサービスセンター松原のさと
説明者職・氏名	生活相談員	

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

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

氏 名

本人との続柄

（施設入所者等で代理人が2親等以外の場合）

立 会 人 住 所

氏 名

秘密保持の同意書

1. 当事業所の契約書、第 12 条第 3 項のとおり、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の居宅サービス計画（又は介護予防サービス計画）立案のためのサービス担当者会議並びに介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び居宅サービス事業者（又は介護予防サービス事業者）との連絡調整等において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。
2. 同第 12 条第 1 項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年法律 124 号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

（利用者）これらの利用者の個人情報の使用について、同意します。

令和 年 月 日

利 用 者 住所

氏名

（代理人）私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住所

氏名

（家族代表）私は、第 12 条第 3 項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、
同意します。

家族代表者 住所

氏名