

地域密着型通所介護事業契約書別紙（兼重要事項説明書）

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 滑川市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	富山県滑川市寺家町104
代表者（職名・氏名）	会長 西元 正史
設立年月日	昭和43年1月26日
電話番号	076-475-7000

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 たんぽぽ	
サービスの種類	地域密着型通所介護	
事業所の所在地	富山県滑川市常盤町181-43	
電話番号	076-475-6288	
指定年月日・事業所番号	平成30年9月13日指定	1690600067
実施単位・利用定員	1単位 10円	定員10人
通常の事業の実施地域	滑川市	

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、地域密着型通所介護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

地域密着型通所介護は、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を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで 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15分まで

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	常勤 1人
生活相談員	常勤 2人
機能訓練指導員	非常勤 2人
介護職員	常勤 1人
調理員	非常勤 3人

7. サービス提供の担当者嘱託

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 井原千恵美
管理責任者の氏名	管理者 藤井 弥生

8. 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、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割から3割の額です。

ただし、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。

(1) 地域密着型通所介護事業の利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：地域密着型通所介護】

利用時間	利用者介護度	利用者負担（1割）	利用者負担（2割）	利用者負担（3割）
7時間以上 8時間未満	要介護1	753円/回	1,506円/回	2,259円/回
	要介護2	890円/回	1,780円/回	2,670円/回
	要介護3	1,032円/回	2,064円/回	3,096円/回
	要介護4	1,172円/回	2,344円/回	3,516円/回
	要介護5	1,312円/回	2,624円/回	3,936円/回

(注1) 上記の基本利用料は、滑川市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。

【加算：地域密着型通所介護】

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）	加算額		
		利用者負担 （1割）	利用者負担 （2割）	利用者負担 （3割）
入浴介助加算	利用者が入浴を行った場合	40円	80円	120円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	18円	36円	54円
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金の10.5% （基本料金＋各種加算減算）		
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の基本的な情報を厚生労働省に提出していること。 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たり上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	40円	80円	120円

（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。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき200円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。

（3）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日の16時までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日の16時までに申し出が無かった場合	デイサービス利用料の100%

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(4) 支払い方法

毎月月末締めとし、翌月20日までに前月分の料金を請求いたしますので、料金は利用者との契約に基づき、毎月27日に指定口座より振替させていただきます。

9. 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	(続柄:)
	電話番号	

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、担当の地域包括支援センター及び滑川市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情処理

(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	デイサービスたんぼ 電話番号 076-475-6288 担当者 藤井 弥生
---------	---

(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	滑川市高齢介護課・介護保険係	電話番号 076-475-1429
	滑川市地域包括支援センター	電話番号 076-476-9400
	富山県国民健康保険団体連合会	電話番号 076-431-9833
	富山県福祉サービス運営適正化委員会	電話番号 076-432-3280

(3) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ①苦情処理台帳に記載する。
- ②苦情についての事実確認を行う。
- ③苦情処理方法を記載し、管理者決裁。
- ④処遇処理について関係者との連絡をとる。
- ⑤苦情処理の改善について利用者に確認を行う。
- ⑥苦情処理は1日以内に行われることを原則とする。
- ⑦苦情処理についての成果等を台帳に記載する。

1 2. 業務継続計画（BCP）の策定

当事業所は、感染症や災害が発生した場合には、事業継続が出来るよう対策を講じています。

(1) 感染症予防及び感染発生時の対応

- ・当事業所は、感染症対策指針を整備します。
- ・当事業所は、感染症発生の防止のための従業者に対する研修を定期的に行います。
- ・感染がまん延している場合、サービス担当者会議は利用者・家族の同意を得てテレビ電話装置等を活用し実施します。その際は、厚労省「医療・介護関係事業者における個人情報情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守します。

(2) 非常災害対策

- ・当事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取組みを行います。
- ・防災対応：消防計画に基づき速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
- ・防火設備：防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設けます。
- ・防災訓練：消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、従業者及び利用者・地域住民の参加が得られるよう連携し消火通報、避難誘導を年間計画で実施します。
- ・当事業所は、大地震等の自然災害、感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が発生しても事業を継続できるように計画（BCP）を策定し、研修の実施、訓練を定期的に行います。

1 3. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

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

1 4. 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。

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	富山県滑川市寺家町104
	法人名	社会福祉法人 滑川市社会福祉協議会
	代表者職・氏名	会長 西元 正史
	説明者職・氏名	

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
本人との続柄
氏名

立会人	住所
	氏名