

# 通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）

## 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、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 南魚沼福祉会
主たる事務所の所在地	〒949-6428 新潟県南魚沼市五郎丸5番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 阿部 聡
設立年月日	昭和62年7月15日
電話番号	025-775-7525

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ゆのさと園デイサービスセンター	
サービスの種類	通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒949-6102 新潟県南魚沼郡湯沢町大字神立 1647番地275	
電話番号	025-784-3785	
指定年月日・事業所番号	平成27年4月1日指定（みなし）	1575800261
実施単位・利用定員	1単位	定員 23人
通常の実業の実施地域	湯沢町	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援者または事業対象者が、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、通所型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

通所型サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、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。

#### 5. 営業日時

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3日）を除きます。
営業時間	午前8時00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4時30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			
生活相談員	常勤	1人以上	非常勤	1人以上
看護職員	常勤	1人以上	非常勤	1人以上
介護職員	常勤	1人以上、	非常勤	1人以上
機能訓練指導員	常勤	0人以上	非常勤	1人以上

#### 7. 事業所の管理者

あなたへのサービス提供の管理責任者（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。

管理責任者の氏名	管理者 西澤 良二
----------	-----------

#### 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、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記載されている割合の額です。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) 通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）

【基本部分】

利用者の 要介護度	通所型サービス利用費（1月につき）			
	基本利用料金 ※（注1）参照	利用者負担金 （1割）	利用者負担金 （2割）	利用者負担金 （3割）
事業対象者・要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

【加算部分】

加算の種類	加算の要件		加算額（1月につき）			
			基本利用料金 ※（注1）参 照	利用者負 担金 （1割）	利用者負 担金 （2割）	利用者負 担金 （3割）
サービス提供体 制加算（Ⅰ）	介護福祉士を70%以上又 は勤続10年以上の介護 福祉士が25%以上配置し た場合に加算	事業対象者 要支援1	880円	88円	176円	264円
		要支援2	1760円	176円	352円	528円
サービス提供体 制加算（Ⅱ）	介護福祉士を50%以上配 置した場合に加算	事業対象者 要支援1	720円	72円	144円	216円
		要支援2	1,440円	144円	288円	432円
科学的介護推進 体制加算	厚生労働省に情報提供し サービスの質の向上をす る	事業対象者 要支援1 要支援2	400円	40円	80円	120円
送迎減算	送迎を行わなかった場合 （片道）	事業対象者 要支援1 要支援2	-47円	-47円	-94円	-141円

\*別途合計金額に、介護職員等処遇改善加算（9.2%）（令和6年6月より）が加わります。

（介護職員等の賃金改善等の措置を実施し、上記処遇改善加算を算定している場合）

（注1）上記の基本利用料は、湯沢町が定める金額であり、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。

※ 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。

## (2) その他の費用

食事料金	昼食の提供を行った場合、一日当たり 850 円をご負担頂きます。(おやつ代を含みます)
キャンセル料	ご利用当日に、連絡なく利用を中止された場合、850 円をご負担いただきます。
紙おむつ料金	当施設で用意する紙おむつ・紙パンツを利用した場合 1 枚につき 65 円～80 円 当施設で用意するパッド類を使用した場合 1 枚につき 20 円
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) 支払い方法

上記(1)(2)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、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 27 日(祝休日の場合は直後の平日)にあなたが指定する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 27 日(休業日の場合は直後の営業日)までに、現金でお支払いください。

## 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(利用者との続柄) 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(又は介護支援専門員)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 1 1. 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	特別養護老人ホーム ゆのさと園
	電話番号 025-784-3785
	面接場所 当事業所の相談室
	苦情受付時間 当事業所の営業日及び営業時間に同じ

(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	湯沢町地域包括支援センター	電話番号025-784-3000
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号025-285-3022

### 1 2. 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。

### 1 3. 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。

### 1 4. 第三者評価の実施状況

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

### 1 3. 虐待防止に関する事項

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに

にその結果について職員に周知徹底を図ります。

(2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。

(3) 事業所において、職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。

(4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

2 事業者は、虐待等が発生した場合、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めるものとします。

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 新潟県南魚沼郡湯沢町大字神立1647番地275

事業者（法人）名 社会福祉法人 南魚沼福祉会

ゆのさと園デイサービスセンター

代表者職・氏名 管理者 西澤 良二 印

説明者職・氏名 生活相談員 岡村 直行 印

### 個人情報の使用の同意にかかる事項

わたし(利用者及びその家族)の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲以内で使用することに同意します。

- ① 利用者に関わる居宅サービス計画を立案するためのサービス担当者会議での情報提供
- ② 介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において必要となった場合

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 湯沢町 \_\_\_\_\_

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