

# 介護予防・日常生活支援総合事業

## 第1号通所事業（通所型サービスA）

### 契約書別紙（兼重要事項説明書）④

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始に当たり、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	社会福祉法人やまびこ
主たる事務所の所在地	〒948-0051 新潟県十日町市寿町1丁目1番地12
代表者（職名・氏名）	理事長 根津 政雄
設立年月日	平成10年10月23日
電話番号	025-750-1515

#### 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やまびこ	
サービスの種類	通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）	
事業所の所在地	〒948-0051 新潟県十日町市寿町2丁目1番地1	
電話番号	025-755-5322	
指定年月日・事業所番号	平成29年 4月 1日指定	1571000197
実施単位・利用定員	2単位	定員15人
通常の事業の実施地域	十日町市	

#### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、第1号通所事業（通所型サービスA）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、この契約の定め及び、介護保険法その他関係法令に基づき、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、利用者ができることは利用者自身が行うことを基本としたサービス提供に努める。

#### 4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業（通所型サービスA）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、機能訓練、健康状態の確認や生活等に関する相談及び助言、アクティビティ（介護予防）を行うことにより、利用者の生活の質の確保及び向上を図るサービスです。

## 5. 営業日時

営業日	毎週火曜日と金曜日。年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から15日）を除く。
営業時間	午前9時00分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午前11時45分まで 午後1時30分から午後 3時45分までの2単位。

## 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	常勤兼務0人、 非常勤 1人
従事者	常勤兼務0人、 非常勤 2人

## 7. 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（従事者）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、何でもお申出ください。

担当職員の氏名	
管理責任者の氏名	管理者 長津 詩星

## 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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割（平成30年8月から））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。また、介護保険適用時の場合でも介護保険料の滞納により、1割又は2割である利用者負担が3割に引き上げられる等の給付制限が行われます。

### （1）通所型サービスAの利用料

#### 【基本部分：通所型サービスA】

1回につき（月に4回まで利用可能）		週1回程度利用（月に5回利用）	
基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 （自己負担1割の場合） ※（注2）参照	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 （自己負担1割の場合） ※（注2）参照
3,490円	349円	17,450円	1,745円

1回につき（月に5～8回まで利用可能）		週2回程度利用（月に9回利用）	
基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 （自己負担1割の場合） ※（注2）参照	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 （自己負担1割の場合） ※（注2）参照
3,580円	358円	32,220円	3,222円

(注1) 上記の基本利用料は、十日町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。

(注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（概要）	加算額		
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合 (1月につき)	2,400円	240円	
生活機能向上グループ活動加算	利用者へ日常生活上の支援のための活動を行った場合(1月につき) ※ただし、運動器機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。	1,000円	100円	
栄養アセスメント加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合(1月につき)	500円	50円	
栄養改善加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合(1月につき)	2,000円	200円	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合(1月につき)	1,500円	150円	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合(1月につき)	1,600円	160円	
一体的サービス提供加算	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスのいずれも実施した場合	4,800円	480円	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 ※(注3) (1月につき) ※加算Ⅰ、加算Ⅱ、加算Ⅰロ又はⅢのいずれか1つを算定する。	要支援1・事業対象者	880円	88円
		要支援2	1,760円	176円
サービス提供体制強化加算Ⅱ、Ⅰロ		要支援1・事業対象者	720円	72円
要支援2		1,440円	144円	
サービス提供体制強化加算Ⅲ		要支援1・事業対象者	240円	24円
		要支援2	480円	48円
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	外部のリハビリ専門職等と連携し、アセスメントを行ったうえ、計画書を作成した場合 (3月に1回を限度)	1,000円	100円	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	外部のリハビリ専門職等と連携し、アセスメントを行ったうえ、計画書を作成した場合	2,000円	200円	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	利用開始時及び6月ごとに、利用者の口腔の健康状態に関する情報を、担当する介護支援専門員に提供した場合(6月に1回)	200円	20円	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	利用開始時及び6月ごとに、利用者の栄養状態に関する情報を、担当する介護支援専門員に提供した場合(6月に1回)	50円	5円	

科学的介護 推進体制加算	利用者ごとの心身の状況等を活用し、かつ厚生 労働省へ提出した場合。(1月につき)	400円	40円
中山間地域等に 居住する者への サービス提供加算	中山間地域等(=新潟県の場合は全域)におい て、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用 者へサービス提供した場合 ※(注3)	1月の利用料金 (基本部分+ 延長加算) の5%	左記額の1割
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)	1月の利用料金 (基本部分+ 各種加算減算) の9.2%	左記額の1割
介護職員 処遇改善加算Ⅱ		1月の利用料金 (基本部分+ 各種加算減算) の9.0%	
介護職員 処遇改善加算Ⅲ		1月の利用料金 (基本部分+ 各種加算減算) の8.0%	

(注3) 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。

### 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件		減算額	
			基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割 の場合)
高齢者虐待防止措置 未実施減算	高齢者虐待防止に関する措置が未実施の 場合		1%相当減算	左記額の1割
業務継続計画未策定 減算	業務継続に関する計画が未策定の場合		1%相当減算	左記額の1割
事業所と同一建物に 居住する利用者への サービス提供減算	当該減算の要件に該当した 場合(1月につき)	要支援1	3,760円	376円
		要支援2	7,520円	752円
	1月あたりの回数を定めた場合	要支援1・2	940円	94円
送迎を行わない場合 の減算	利用者に対して、その居宅 と指定通所介護事業所との 間の送迎を行わない場合 (片道につき)	要支援1・2	470円	47円

### (2) その他の費用

その他	・本人記録用ファイル 100円
-----	-----------------

### (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。

キャンセルの時期	キャンセル料
----------	--------

利用予定日の当日	利用者負担金 1 回分
----------	-------------

(注) 利用予定日の前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

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、サービスを利用した月の翌月13日頃に「請求書」を発送します。お支払い方法は、利用した月の翌月20日(20日が土日曜祝祭日の場合は、翌営業日)に、利用者が指定する金融機関の口座から引き落しいたします。ただし、現金あるいはお振り込みでの納入も可能です。

支払い方法	・口座振替      ・現金      ・お振込み
-------	---------------------------

#### 取扱金融機関

J Aバンク新潟県信連(J Aバンク各支店) ※魚沼農業協同組合(各支店)	
銀行	第四北越銀行、大光銀行、ゆうちょ銀行
信用金庫	新潟信用金庫、長岡信用金庫、三条信用金庫、新発田信用金庫、柏崎信用金庫 上越信用金庫、新井信用金庫、村上信用金庫、加茂信用金庫
信用組合	新潟県信用組合、興栄信用組合、はばたき信用組合 協栄信用組合、三條信用組合、巻信用組合、新潟大栄信用組合、塩沢信用組合 糸魚川信用組合
労働金庫	新潟県労働金庫

### 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、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)	— 様( )
	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、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)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。

#### 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 025-755-5322 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、下記の機関にも申立てることができます。

苦情受付機関	十日町市市民福祉部福祉課介護保険係	電話番号 025-757-3757
--------	-------------------	-------------------

	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3072
--	----------------	-------------------

## 12. 第三者による評価の実施状況等

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

## 13. 虐待防止のための措置

高齢者虐待防止法の実行性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防振に関する下記の措置を講じます。

- (1) 虐待防止委員会の開催
- (2) 高齢者虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止研修の開催
- (4) 虐待防止担当者の配置

## 14. 業務継続に向けた取組

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続してサービス提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

## 15. 感染症の発生及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延を防止できるよう、下記の措置を講じます。

- (1) 感染対策のための委員会の開催
- (2) 感染症及びまん延防止のための指針の整備
- (3) 感染症及びまん延防止のための研修の実施

## 16. 身体拘束等の原則禁止

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

## 17. 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。
- (4) 下記の行為は、ハラスメントに該当する可能性があり、サービスを中止させていただくことがありますので、ご理解・ご了承ください。
  - ①暴力または乱暴な言動、無理な要求
    - ・物を投げつける
    - ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
    - ・怒鳴る、奇声、大声を発する
    - ・対象範囲外のサービスの強要
  - ②セクシュアルハラスメント

- ・介護従事者の体を触る、手を握る
- ・腕を引っ張り抱きしめる
- ・ヌード写真を見せる
- ・性的な話、卑猥な言動をする など

③その他

- ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く
- ・ストーカー行為 など

## 18. 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。

令和 年 月 日

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

事業者 所在地 新潟県十日町市寿町1丁目1番地12  
 事業者（法人）名 社会福祉法人やまびこ  
 代表者職・氏名 理事長 根津 政雄 印  
 説明者職・氏名 印

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。契約を証明するため、本契約書を2部作成し、利用者及び事業者の双方が記名、押印の上、それぞれ1部ずつ保管します。

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