

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（通所介護相当サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）①

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 桑の実園福祉会
主たる事務所の所在地	〒679-4003 兵庫県たつの市揖西町小神字塚原1551番地
代表者（職名・氏名）	理事長 徳永 憲威
設 立 年 月 日	昭和63年11月1日
電 話 番 号	0791-66-1360

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	桑の実園デイサービスセンター	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号通所事業（通所介護相当サービス）	
事 業 所 の 所 在 地	〒679-4003 兵庫県たつの市揖西町小神字塚原1551番地	
電 話 番 号	0791-66-1471	
指定年月日・事業所番号	平成18年4月1日指定	2873600197
実施単位・利用定員	1単位	定員2人
通常の事業の実施地域	佐用町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援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、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	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。当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。

4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業（通所介護相当サービス）は、事業所が設置する事業所（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	月曜日から土曜日まで ただし、12月30日～1月3日は休業致します。
営業時間	8時30分から17時30分
サービス提供時間	9時00分から16時30分

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	配置人員
生活相談員	2名以上
看護職員	1名以上
介護職員	5名以上
機能訓練指導員	1名以上

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（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 志水 かおり
管理責任者の氏名	管理者 志水 かおり

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、毎年保険者より交付される「介護保険負担割合証」に記載されている『利用者負担の割合』に基づき算出されます。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）第1号訪問事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：介護予防通所介護相当】

要介護認定	基本料金
事業対象者 要支援 1	1, 7 9 8 円 (1月につき)
事業対象者 要支援 2	3, 6 2 1 円 (1月につき)

【加算：介護予防通所介護相当】

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	「介護福祉士」の割合が70%以上配置されている、又は勤続10年以上、介護福祉士25%以上の場合	(事業対象者・要支援 1) 8 8 円/1月につき (事業対象者・要支援 2) 1 7 6 円/1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	「介護福祉士」の割合が50%以上配置されている場合	(事業対象者・要支援 1) 7 2 円/1月につき (事業対象者・要支援 2) 1 4 4 円/1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	「介護福祉士」の割合が40%以上配置されている、又は勤続7年以上、介護福祉士30%以上の場合	(事業対象者・要支援 1) 2 8 円/1月につき (事業対象者・要支援 2) 4 8 円/1月につき
介護職員処遇改善加算Ⅰ (注1)	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	「基本サービス費」と「(算定させて頂いた) 加算」の合計金額に9.2%を掛けた金額

(注1) 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。

※基本料金及び加算の記載金額は、1割負担の金額となります。自己負担額は、毎年保険者より交付される「介護保険負担割合証」に記載されている『利用者負担の割合』に基づき算出されます。

(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680円の食費をいただきます。 ※当日の利用キャンセル又は利用時間短縮になる場合、昼食は10時まで、夕食は15時までのキャンセル受付となります。前記時間以降の食事キャンセルは食事代が発生いたします。
喫茶代	喫茶を注文された場合、120円、180円の喫茶利用料をいただきます。
入浴代	入浴サービスの提供を受けた場合1回につき220円の入浴代をいただきます。
機能訓練	機能訓練を受けた場合、1回につき560円の機能訓練費をいただきます。
マスク代	マスクの提供を受けた場合、1枚につき10円のマスク代をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、現物での返却又は、1枚につきS:60円、M:70円、L:80円、LL:90円のおむつ代をいただきます。

(3) キャンセル料

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。

（４）支払い方法

上記（１）から（２）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、翌月 20 日までに次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	桑の実園福祉会が指定する金融機関に口座をお持ちの方、もしくは口座開設される方は口座振替が出来ます。（手数料は福祉会の負担）なお、口座振替を希望される方は事務所へ必要書類を提出下さい。
銀行振り込み	i・西兵庫信用金庫 龍野支店 普通預金 0208130 口座名義 社会福祉法人桑の実園福祉会 特別養護老人ホーム桑の実園 理事長徳永憲威 ii・兵庫西農業協同組合 揖西支店 普通預金 0014797 口座名義 社会福祉法人桑の実園福祉会 なお、振込料は振込ご依頼人様にてご負担下さい。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20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。

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佐用町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、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0791-66-1471 桑の実園デイサービスセンター 管理者 志水 かおり
---------	--

（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	国民健康保険団体連合会	電話番号 (078)332-5617
	佐用町高年介護課	電話番号 (0790)82-2079

（３）第三者委員の設置

苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しています。

第三者委員 山口 昇	（監 事）	電 話 0791-65-0343
第三者委員 有田 尚徳	（弁護士）	電 話 079-288-7266

12. 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。

1 3. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、次の加入保険により事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

＜保険会社＞ 損害保険ジャパン株式会社

＜保険の名称＞ しせつの損害保険

守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

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. 虐待の防止等

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施する。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ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者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施する。
- (4) 前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

1 5. 業務継続計画の策定等

- (1) 当事業所は、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保険サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- (2) 当事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施する。
- (3) 当事業所は、定期的に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う。

1 6. 衛生管理

- (1) 当事業所における感染症又は食中毒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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 当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指針を整備する。
- (3) 当事業所において、従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施する。
- (4) 「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行う。

17. その他運営に関する重要事項

当事業所は、適切な介護保険サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

18. 重要事項の変更

本重要事項説明書の記載内容に変更が生じた場合は、事業者は変更内容を郵送によりご本人または身元引受人に通知し、それをもって同意確認をさせていただきます。

なお、変更内容についてのご質問等は、事業所管理者または生活相談員がお答えさせていただきます。

個人情報の利用目的

(令和6年12月1日現在)

桑の実園デイサービスセンターでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービス及び介護予防サービスの提供に必要な利用目的】

〔桑の実園デイサービスセンター内部での利用目的〕

- ・当事業所が利用者等に提供する介護サービス、介護予防サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービス、介護予防サービスの利用者に係る当事業所の管理運営業務のうち
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当事業所が利用者等に提供する介護サービス、介護予防サービスのうち
 - －利用者に居宅サービス又は介護予防サービスを提供する他の居宅サービス事業者・介護予防サービス事業者や居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当事業所の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービス・介護予防サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当事業所において行われる学生の実習への協力
 - －当事業所において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

令和 年 月 日

事業所は、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。

事業所 桑の実園デイサービスセンター

説明者職 生活相談員・氏名

印

私は、事業所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

印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

氏 名

印

本人との続柄（ ）

立会人 住所

氏 名

印

